د. عبد الرحيم عبد الله

كل ما تحتاج معرفته عن

الأمراض المنقولة جنسياً

- تعريف الأمراض المنقولة جنسيًا وخصائصها
- الأمراض المنقولة جنسيًا عبر التاريخ
- انتقال العدوى وانتشارها
- نظرة المجتمع إلى مرضى الأمراض المنقولة جنسيًا
- تركيب الجهاز التناسلى
- مرض السيلان
- الأمراض الفيروسية
- الإيدز
- الزهرى وقرح الجهاز التناسلى
- الأمراض الطفيلية

دار الشروق

الأمراض المنقولة جنسياً

الطبعــة الأولـى ٢٠٠٩

رقم الإيداع ٢٠٠٨/١٦٧١٢

ISBN 978-977-09-2504-1

٨ شارع سيبويه المصرى
مدينة نصر ـ القاهرة ـ مصر
تليفون: ٢٤٠٢٣٣٩٩
فاكس: ٢٤٠٣٧٥٦٧(٢٠٢)+
email: dar@shorouk. com
www. shorouk. com

د. عبد الرحيم عبد اللـه

كل ما تحتاج معرفته عن

الأمراض المنقولة جنسـياً

دار الشروق

الإهـــداء

إلى أحفـــادى

نـور عيـــونى

المحتـــويات

مقـــــدمة ٩
الباب الأول ١٣
الفصل الأول: تعريف الأمراض المنقولة جنسيا (أ.م.ج) وخصائصها ١٣
الفصل الثانى: الأمراض المنقولة جنسياً عبر التاريخ ١٩
الفصل الثالث: انتقال العدوى وانتشارها ٣٤
الفصل الرابع: نظرة المجتمع إلى مرضى الأمراض المنقولة جنسياً ٥١
الفصل الخامس: تركيب الجهاز التناسلى ٦٠
الباب الثانى ٦٧
الفصل الأول: مرض السيلان ٦٧
الفصل الثانى : الأمراض الفيروسية ٨٥
الفصل الثالث: طاعون العصر ١٠١
الفصل الرابع: الزهرى وقرح الجهاز التناسلى ١٤٦
الفصل الخامس: الأمراض الطفيلية ١٦٢
المراجــــع ١٧١
ملحق الصـــور ١٧٣
عن المؤلف ١٧٩

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

يعد التثقيف الطبى للمريض من أهم بنود العلاج، حيث يقوم به الطبيب فى سياق الكشف وما يتبعه من خطوات، ويفيد فى تهدئة روع المريض وإمداده بالمعلومات العلمية الصحيحة بصورة مبسطة تزيل المتراكم من المعلومات غير الصحيحة وتساعده على دقة تنفيذ العلاج، كما أن المعرفة الصحيحة من أهم بنود الوقاية. إذا استثنينا النشرات التى تصدرها الهيئات الصحية وأكثرها مترجم بأسلوب يعوق الفهم السليم - ولا تحظى بالانتشار الواسع المطلوب؛ تكاد المكتبة العربية أن تخلو من كتاب يمد الشخص العادى بمعلومات علمية مبسطة عن الأمراض المنقولة جنسيا. منذ سنوات عديدة راودتنى فكرة وضع كتاب بالعربية يسد جزءًا من الفراغ المعرفى للقارئ العربى عن هذا الموضوع المهم فى عصر زاد فيه انتشار تلك الأمراض على مستوى العالم لأسباب سيأتى ذكرها، إضافة إلى دخول مرض جديد خطير إلى الساحة منذ ثمانينيات القرن العشرين واستمرار انتشاره رغم الجهود المبذولة من جميع المنظمات لوقف الانتشار أو الحد منه، مرض ليس له علاج شافٍ ولا طُعْم واقٍ وتكمن النجاة منه فى الوقاية. لم ينجح الاقتصار

على توفير العلاجات الحديثة فى منع تزايد أعداد المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا؛ بينما أدى التثقيف الصحى والتوعية للفئات الأكثر عرضة للإصابة إلى انخفاض ملحوظ فى أعداد الإصابات الجديدة بينهم وقديما قالوا «اعرف عدوك تأمن شره».

تمتلئ الصفحات وساعات الإرسال فى وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة بالموضوعات الطبية، يناقش معظمها مشاكل بسيطة مكررة مثل أمراض الصيف وأسباب سقوط الشعر وطرق الحفاظ على الوزن (الرجيم الأمثل) بينما تبقى الأمراض المنقولة جنسيا من «المسكوت عنه» إن لم تكن من الممنوع مناقشتها، وفى ظل الجهل بها تنتشر بين الجمهور الخرافات والمعلومات التى تفتقر إلى الدقة؛ بل المحرفة فى كثير من الأحيان مما يوفر مناخا ثقافيا خصبا يكرس الانتشار ويعوِّق برامج الوقاية.

يعرض هذا الكتاب المعلومات التى ينبغى أن يعرفها كل شاب وشابة من الناطقين والقارئين بالعربية كى يضاهى نظيره فى المجتمعات المتقدمة، ويشمل التعريف بمصطلح الأمراض الجنسية ومسبباتها وتاريخها والسلوكيات التى تدعم انتشارها وطرق الوقاية؛ كذا نبذة مختصرة عن الأمراض المختلفة: المسبب والأعراض والمضاعفات والعلاج والوقاية بأسلوب علمى مبسط وهوامش تشرح بعض المصطلحات الطبية التى ترد فى المتن توخيا لصحة الفهم من جانب القارئ.

لا يفوتنى التقدم بخالص وبخاص الشكر للناشر «دار الشروق» على جرأته فى قبول نشر الكتاب. وأشكر كل من راجع المتن وأبدى رأيه وأخص بالذكر الأديبة منى الدروبى (أم خالد) على المراجعة اللغوية كذا

الدكتور عادل بطرس الاستشارى بمستشفى الحوض المرصود الذى زودنى بكثير من الصور للحالات من مجموعته الخاصة الثرية. وأود أن أسجل امتنانى لزوجتى الدكتورة زينب شوشة على توفير الجو المناسب للكتابة وقد عاصرت هى أيضا الحصار الإعلامى على الموضوعات التى تشير للعلاقات الجنسية ولو من بعيد عندما كانت مسئولة عن الإعلام بوزارة الصحة والسكان.

والله من وراء القصد وهو الموفق.

الأستاذ الدكتور عبد الرحيم عبد الله
أستاذ الأمراض الجلدية والتناسلية
كلية الطب جامعة عين شمس
المقطم، أبريل ٢٠٠٧

الباب الأول
مدخل

الفصل الأول
تعريف الأمراض المنقولة جنسيا (أ.م.ج) وخصائصها

كان التعريف السائد للأمراض المنقولة جنسيا فى الماضى أنها «مجموعة الأمراض التى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسى»، غير أن ذلك التعريف كان فضفاضا وبه الكثير من العمومية بحيث يمكن أن يشمل أمراضا أخرى تنتقل عن طريق العمليه الجنسية أو أى اقتراب حميم آخر كالأمراض التى تنتقل عن طريق الرذاذ واللعاب كالأنفلونزا والدرن والتهاب اللوز ولكنها لا تنتمى لمجموعة «أ.م.ج»؛ لذا اتفق العلماء على تعريف أكثر تحديدا وهو «**مجموعة الأمراض التى يلعب فيها الاتصال الجنسى الدور الأساسى فى نقل العدوى**»، وإن كان من الممكن أن ينتقل بعضها بطرق أخرى غير العلاقة الجنسيه مثل انتقال فيروس الإيدز أو ميكروب الزهرى عن طريق الدم (نقل الدم أو الآلات الطبية وإبر الحقن الملوثة بالدم) أومن الأم المصابة الى الجنين عبر المشيمة ولكن تبقى العملية الجنسية الوسيلة الرئيسية لنقل العدوى.

ينطبق هذا التعريف على مجموعة من الأمراض منها ما كان معروفاً عبر التاريخ الإنسانى مثل السيلان والزهرى، ومنها ما كان موجوداً من قبل ثم اهتمت به الأوساط الطبية بعد أن زاد انتشاره كالسنط التناسلى والهربس التناسلى، ومنها ما ظهر حديثا خلال العقود الثلاثة الماضية ولم يكن معروفا من قبل مثل السيلان غير الجونوكوكى والإيدز.

وقد أُطلق على مجموعة أ.م.ج العديد من المسميات عبر السنين، فسُمِيَت أولا الأمـراض السرية فى محاولة ساذجة لإخفاء طبيعة الأمراض التى تندرج تحت هذا التخصص (يذكرنا ذلك بالنكتة الشهيرة التى انتشرت فى الستينيات عندما صاح كمسارى الأوتوبيس: «اللى نازل محطة المطار السرى»، ثم سميت بعد ذلك الأمراض التناسلية تأكيدا لوسيلة الانتقال. وفى الغرب أسموها الأمراض الزهرية نسبة إلى فينوس (الزهرة) إله الحب فى الميثولوجيا الإغريقية وهو اسم قد يكون شاعريا ولكن محتواه أبعد ما يكون عن المقصود، وفى النهاية أطلق الطب عليها «الأمراض المنقولة جنسيا» ولا يزال هو الاسم المتعارف عليه والمتداول حتى اليوم.

مسببات الأمراض المنقولة جنسـيا

يمكن تصنيف مسببات الأمراض المنقولة جنسيا حسب المجموعات البيولوجية التى تنتمى إليها للآتى:

١ ـ فيروســات

١ ـ ١ فيروس العوز المناعى المكتسب (مسبب الإيدز)

٢ ـ ١ فيروس الهربس البشرى التناسلى (مسبب الهربس البسيط التناسلى)

٣ ـ ١ فيروس المليساء المعدية (مسبب المليساء المعدية)

٤ ـ ١ فيروس الحليمات البشرى (مسبب الثآليل التناسلية)

٢ ـ كلاميديا

٢ ـ ١ سيلان غير سيلانى

٢ ـ ٢ لمفوجرانيولوما

٣ ـ بكتيريا

٣ ـ ١ الجونوكوك (مسبب السيلان السيلانى)

٣ ـ ٢ باسيل دوكرى (مسبب القرحة الرخوة)

٣ ـ ٣ الميكروب اللولبى (مسبب الزهرى)

٤ ـ طفيليات وحيدة الخلية

٤ ـ ١ ترايكوموناس (أحد مسببات التهاب قناة مجرى البول)

٥ ـ طفيليات خارجية

٥ ـ ١ الجرب

٥ ـ ٢ قمل العانة

الخصائص المشتركة للأمراض المنقولة جنسيا

رغم تنوع مسبباتها، تشترك أ.م.ج فى خصائص تمثل القاسم المشترك الأعظم للمجموعة وهى:

- **أولا**: يمثل **الاتصال الجنسى** الوسيلة الرئيسية لانتقال العدوى، سواءً كان اتصالا كاملا أوجزئيا منقوصا، ولا يشترط الإيلاج لتمام العدوى.

- **ثانيا: ضعف المسببات وحساسيتها الفائقة للظروف البيئية**

- **ثالثا: خاصية الكمون** أوالمرض الكامن أى اختفاء الأعراض مع بقاء المسبب داخل الجسم.
- **رابعا: قدرة المسبب على خداع جهاز المناعة ومراوغته.**
- **خامسا: اختلاف ديناميكيات الوباء** (أسلوب انتشارالوباء) مقارنةً بالأوبئة الأخرى.

وسوف نتعرض لتلك الخصائص بشىء من التفصيل.

ضعف المسببات وحساسيتها الفائقة للظروف البيئية خارج الجسم

يتسبب اختلاف درجة الحرارة والرطوبة (الجفاف) وتغير درجة الحموضة (pH) فى قتل المسبب وبالتالى فهى غير قادرة على الحياة خارج الجسم، ويفسر ذلك تفضيلها الاتصال الجنسى كوسيلة أساسية للانتقال المباشر من عائل لآخر دون التعرض للعوامل الجوية والبيئية التى تدمرها فى غضون دقائق معدودة.

مسببات الأمراض المنقولة جنسيا قادرة على مراوغة جهاز المناعة وخداعه :

سوف نميز فى هذا السياق بين مجموعتين من أ.م.ج: أولاهما: المجموعة القابلة للشفاء التام باستخدام المضادات الحيوية المناسبة ومن ثَم يتخلص الجسم المصاب منها تماما وتشمل الكلاميديا والسيلان الجونوكوكى والزهرى والقرحة الرخوة، أما المجموعة الثانية: فتتميز باستحالة التخلص من المسبب متى نجح فى دخول الجسم كما فى حالة فيروسات الإيدز والهربس البسيط والسنط نتيجة لعدم اكتشاف مضاد يقتل الفيروس داخل الجسم حتى الآن ويقتصر دور العلاجات المستخدمة حاليا على إبطاء تكاثره.

تلجأ مسببات أ. م. ج الى مناورات للهروب من التدمير الأبدى والمحافظة على النوع بإحدى وسيلتين:

أولاهما : حدوث طفرات جينية ينتج عنها ظهور سلالات تختلف فى خصائصها عن السلالة الأصلية بحيث يفشل جهاز المناعة فى التعرف عليها تمهيدا لمقاومتها.

ثانيتهما : الاختباء فى أماكن من الجسم لا يطولها جهاز المناعة.

يوجد على سطح الخلايا الحية بروتينات تميزها عن بعضها البعض ويتعرف جهاز المناعة على الميكروبات عن طريق أنواع البروتين المختلفة الموجودة على السطح الخارجى للميكروب ومن ثم يصنفها كجسم غريب يتحتم القضاء عليه، ويتم تخزين تلك المعلومة فى ذاكرة جهاز المناعة، فإذا حدث ودخل نفس الميكروب مرة أخرى الجسم تعرفت خلايا الذاكرة عليه فورا واستدعت باقى قوات جهاز المناعة لتقوم بمهاجمته والقضاء عليه، ويقال فى تلك الحالة إن الجسم لديه مناعة تجاه ذلك الميكروب. ولكى يتفادى الميكروب ذلك المصير المؤلم له ولبنى جنسه فإنه يغير تركيب البروتينات الموجودة على سطحه من خلال ما يعرف بالطفرات، وهنا تظهر سلالة جديدة متخفية متنكرة لا يستطيع جهاز المناعة التعرف عليها وبالتالى لا يهاجمها. ونوضح الفكرة السابقة بالمثال التالى : أصيب السيد «إكس»بميكروب «الجونوكوك من السلالة (أ) التى يحتوى سطحها على بروتينات ١ ـ ٢ ـ ٣ ـ ٤ وكوَّن جهازه المناعى الوسائل المضادة لتلك السلالة بحيث يهاجمها ويقتلها لودخلت جسمه مرة أخرى، أما لوتعرض السيد «إكس» فى إحدى علاقاته لميكروب الجونوكوك من سلالة مختلفة (ب) التى يحتوى سطحها على بروتينات ٥ ـ ٢ ـ ٣ ـ ٤ فسوف يلتقط العدوى لأن

الجسم قد كون مناعة للسلالة الأولى «أ» وليس للسلالة الجديدة «ب» التى تغيرت بروتيناتها السطحية وأصبحت غير معروفة لجهاز المناعة. يستطيع أى ميكروب أن يتحور إلى آلاف وملايين من سلالات جديدة خلال تكاثره، ولا تقتصر الطفرات الجينية على إنتاج سلالات متنكرة فقط بل تنتج أيضا سلالات تختلف فى درجة الشراسة وفى استجابتها للعلاج بالمضِادات.

وإلى جانب التنكر بغرض الإفلات من منغصات الجهاز المناعى يلجأ الميكروب إلى الاختباء فى أماكن لا يطولها عملاء هذا الجهاز مثل لص اختبأ فى المقابر أوالعشوائيات لا تطوله يد أجهزة الأمن، وأبرز مثال للاختباء هوفيروس الهربس البسيط الذى يكمن فى واحدة من العقد العصبية ليرحل منها الى الجلد فيما بعد عن طريق العصب المغذى للجلد وهوآمن طالما كان داخل الأجهزة العصبية لبعدها عن متناول أجهزة المناعة.

ظاهرة الكمون

بعد دخول الميكروب المسبب الجسم بفترة (تسمى مدة الحضانه وتختلف من مرض لآخر) تظهر على المريض الأعراض والعلامات المميزة للمرض، فإذا لم تعالج علاجا كاملا حاسما دخل المرض مرحلة الكمون، وفيها تصبح الأعراض والعلامات بسيطة لدرجة لا تلفت نظر المريض أومن يعاشره بينما المرض مستمر فى نشاطه داخل الجسم، ويكون المريض فى تلك الحالة حاملا للمرض معديا لغيره ويعتبر حاملو الميكروب الكامن من أخطر مصادر العدوى حيث لا يشى مظهرهم بمخبرهم. وتُعتَبر ظاهرة الكمون من أهم الأسباب التى تساعد على انتشار أ.م.ج.

الفصل الثانى

الأمراض المنقولة جنسياً عبر التاريخ

مع الوقت يتبدل أبطال المسرحية

بدأت دراسة الطب منذ نَيِّفٍ وخمسين عاما توالى فيها على مسرح الأمراض المنقولة جنسيا العديد من الأمراض، يقف أحدها فى مقدمة المسرح خاطفا الأبصار، تتركز عليه الأضواء حسبما له من انتشار وخطورة وقدرة على إحداث مضاعفات صحية فيصبح بؤرة اهتمام الجمهور ووسائل الإعلام والمدارس الطبية، وما أن يُكتشف علاج لذلك المرض حتى يتوارى فى خلفية المسرح وتنحسر عنه الأضواء المبهرة، يتوارى ولكنه لا يختفى، ومن ثم يحتل قادم جديد مكان النجم القديم ينتشر بين الناس حتى يصبح وباء يهدد البشرية فتُركَز عليه الأضواء بدوره إلى أن يكتشف العلم علاجا له فينحى منحى سابقه: يتوارى فى الخلفية تاركا مكانه لقادم آخر جديد يتحدى العلم ويبقى حتى إشعار آخر.

ومنذ أن عُرفت الأمراض المنقولة جنسيا وحتى منتصف القرن العشرين كان الزهرى والسيلان يشكلان الغالبية العظمى (إلى جانب مرض القرحة الرخوة الذى كان ولا يزال محدود الانتشار)، وكان كل من الزهرى والسيلان البطلين الواقفين فى مقدمة المسرح تسلط عليهما

الأضواء وعلى الأخص الزهرى (الذى اشتهر آنذاك بخطورة مضاعفاته مع صعوبة وطول علاجه) وبدرجة أقل السيلان الجونوكوكى بينما تقف فى الخلفية أمراض أخرى محدودة الانتشار وأقل خطورة.

لم يكن لتلك الأمراض علاج ناجع معروف حتى السنوات الأولى من القرن العشرين عندما اكتشف العالم الألمانى إرليخ مركبات الزرنيخ عام ١٩٠٦ وأثبتت جدواها فى علاج الزهرى ولكن بشكل غير كامل، حيث كان المرض ينتكس فى بعض الحالات، إما بسبب عدم الفاعلية الكاملة للعقار أوبسبب انقطاع الكثير من المرضى عن العلاج نتيجة طول مدته (١٢ أسبوعا) أو لحدوث آثار جانبية تحتم التوقف عن استكماله.

وظل الحال على ما هو عليه منذ أن عرفت البشرية الأمراض المنقولة جنسيا فى وقت من الماضى غير معروف تحديدا لكنه بالقطع منذ أن مارست البشرية الرذيلة وعرفت الفاحشة، أقول: ظل الحال على ما هو عليه حتى الأربعينيات من القرن العشرين عندما اكتشف الطب مركبات السلفا وأثرها القاتل على بعض أنواع البكتريا وكان الجونوكوك مسبب السيلان منها. وتفاءل الأطباء بقرب السيطرة على مرض السيلان وربما أيضا القضاء النهائى عليه. لم يمكث ذلك التفاؤل طويلا إذ بدأ ظهور حالات من السيلان الجونوكوكى لا تستجيب للعلاج بالسلفا أو تختفى أعراضها لفترة وجيزة لتنتكس فور التوقف عن العلاج، وهنا بدأ الطب يعرف ظاهرة سلالات البكتريا المقاومة للعلاج.

وكان اكتشاف البنسلين أول المضادات الحيوية نقطة فارقة فى علاج الزهرى فقد كان له مفعول السحر وتجلت شدة حساسية ميكروب الزهرى(اللولبى) له، إذ إن الاستجابة للعلاج بالبنسلين كانت سريعة والجرعات اللازمة للعلاج قليلة ولا تستغرق وقتا طويلا مقارنة بمركبات

الزرنيخ، ولحسن الحظ لم تظهر سلالات من الميكروب اللولبى تقاوم العلاج. وكان مما ساعد على سرعة السيطرة على الزهرى شيوع استخدام المضادات الحيوية لعلاج الكثير من الأمراض العادية بداع وأحيانا بغير داع من باب الاحتياط مما أدى إلى نوع من العلاج الجماعى لمرض الزهرى الكامن بدون قصد أوكما يقال «رمية بغير رامٍ» مما أدى إلى الحد من انتشاره وندرة وجوده، وجرى تقليص الساعات المخصصة لتدريسه فى برامج التعليم الطبى إلى أقل من العشر وكاد الزهرى أن ينتقل من كتب الطب إلى أسفار التاريخ. وقد أدى ذلك النجاح المدوى لإزاحة مرض الزهرى عن مقدمة المسرح وانحسرت عنه الأضواء وقل الاهتمام به من العامة ووسائل الإعلام والأوساط الطبية وبقى مرض السيلان يقف فى مقدمة المسرح (رغم استجابته للعلاج بالبنسلين) ويظل فى بؤرة الاهتمام.

كانت العوامل التى ساعدت السيلان على احتلال مقدمة المسرح تنحصر فى سببين أساسيين: الأول زيادة عدد الحالات المقاومة للسلفا والبنسلين مما أضعف السيطرة على انتشار المرض، وكان الثانى ظهور حالات لها نفس أعراض السيلان (نزول إفراز صديدى من فتحة البول مع الشعور بحرقان أثناء التبول) لا يتجلى فيها ميكروب الجونوكوك عند الفحص المعملى للإفراز ولا تستجيب للمضادات الحيوية التى تعالج السيلان الجونوكوكى وأطلق على تلك الحالات « السيلان غير الجونوكوكى» (وسوف نرمز لتلك الحالات بالاختصار «س غ ج» لتمييزها عن السيلان الجونوكوكى التقليدى «س ج»). انشغلت الأوساط العلمية خلال أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات من القرن العشرين بالبحوث المكثفة لإماطة اللثام عن كنه ذلك القادم الجديد للمسرح

وتوالت النظريات عن الميكروب المسبب، وهل هوشكل جديد من ميكروب الجونوكوك أم ميكروب آخر، واستمر الجدل حتى أثبتت البحوث العلمية أن أحد أفراد عائلة ميكروب «كلاميديا» هوالمتسبب. وعائلة ميكروبات الكلاميديا معروفة للطب منذ مدة كمسبب لحالات التراكوما (الرمد الحبيبى) وبعض حالات الالتهاب الرئوى، غير أن السلالة المسببة لمرض السيلان غير الجونوكوكى (س غ ج) كانت مختلفة عما كان معروفا من قبل من السلالات. كان ذلك الحسم العلمى إعلانا بظهور مرض جديد أُضيف إلى قائمة الأمراض المنقولة جنسيا، وبعدها بفترة قصيرة اكتُشفت طريقة علاجه واستجابته لبعض المضادات الحيوية من مجموعة التتراسيكلين ومجموعة الماكرولايد (إرثرومايسين وأزيثرومايسين).

احتل القادم الجديد (س غ ج) مقدمة المسرح وانتشر سريعا ليصبح المرض رقم ١ فى القائمة، يسبق «س ج» ويمثل المسبب الرئيسى فى ٦٠ ٧٠٪ من حالات السيلان، (ونعنى هنا بكلمة سيلان الأعراض وليس الميكروب المسبب سواء كان «س ج» أو «س غ ج»).

واستمر يحتل بؤرة الاهتمام ووقف فى صدارة المسرح بسبب انتشاره السريع فى جميع أنحاء العالم خلال فترة قصيرة نسبيا وكان من أسباب استمراره فى الانتشار بساطة أعراضه مما يؤدى إلى تقاعس الكثير من المرضى عن السعى للعلاج أوتأجيله وبالتالى لزيادة فرص نقل العدوى للآخرين إضافة الى ذلك كثرة انتكاسة المرضى بعد العلاج.

فى نفس الحقبة الزمنية أضيفت بعض الأمراض الأخرى لقائمة «أ.م.ج» مثل الالتهاب الكبدى ب والسنط التناسلى والهربس البسيط

والمليساء المعدية بعد أن تبين أن الاتصال الجنسى يلعب دورا رئيسيا فى انتقالها واحتلت تلك الأمراض مكانا وسطا على المسرح.

وفى نفس الحقبة التاريخية بدأت البشرية تحصد ما زرعته بحوث العلوم الأساسية ووظفته فى التكنولوجيا وانطلقت المكتشفات، كل يوم يأتى بجديد. فى ظل هذا الزخم الهائل المتسارع للتقدم استولى على الإنسان الاعتقاد بقرب سيطرته على أ.م.ج والقضاء النهائى عليها كما سبق له أن سيطر على أوبئة الطاعون والكوليرا والجدرى. وكان مما دعم الاتجاه التفاؤلى مواصلة اكتشاف المزيد من المضادات الحيوية ومضادات الفيروسات. وفى الجانب الوقائى كان التقدم فى وسائل الإعلام يبشر بإمكانية التأثير فى سلوكيات المجموعات البشرية الأكثر عرضة للإصابة ودفعهم إلى تبنى أساليب الوقاية المرجوة وتطبيقها.

استبشر الإنسان وسيطر عليه الزهو والغرور وراوده الإحساس بقدراته اللامحدودة فى السيطرة على الطبيعة متى شاء، ولكن تأتى الرياح بما لا تشتهى السُـفُن أوبما لا يتشهى السَفِن (الملاح) فى قول آخر ففى السنوات الأولى من ثمانينيات القرن العشرين رصد الأطباء حالات يتخاذل فيها جهاز المناعة عن القيام بواجباته مما يؤدى إلى الإصابة بميكروبات لم تكن لتستطيع إصابة الجسم السليم (الميكروبات الانتهازية) كما يؤدى أيضا إلى ظهور بعض أنواع الأورام الخبيثة وينتهى بالوفاة. ولما كان المستقر فى المراجع الطبية آنذاك أن نقص المناعة مرض وراثى ينتج عن خلل فى الجينات فقد أُطلق على حالات نقص المناعة التى ظهرت حديثا اسم نقص المناعة المكتسب (أى الذى لا تسببه عوامل وراثية ولا تبدأ أعراضه بعد الولادة بفترة قصيرة). وكان من اللافت للنظر انتشار حالات نقص المناعة المكتسب فى صورة وبائية بين فئات بعينها كالمثـليين (الشواذ الذين يمارسون العلاقات

الجنسية مع مثل جنسهم) خصوصا اللوطيين ومحترفات البغاء ومدمنى المخدرات ممن يتناولون العقاقير المخدرة عن طريق الحقن الوريدى وكذا المصابين بأمراض الدم الذين يعالجون بنقل الدم أومشتقاته.

وهنا بدأت الصورة تتضح وتبين أن مرضا جديدا لم يكن معروفا أومنتشرا من قبل قد دخل الساحة واحتل بدون منازع مقدمة المسرح، مرضا ينتقل أساسا عن طريق الاتصال الجنسى وعن طريق الدم أيضا وأطلقوا عليه «مرض العوز المناعى المكتسب» وأسموه اختصارا «إيدز» وهى الحروف الأولى للتسمية الإنجليزية للمرض:

(Acquired Immunodeficiency Syndrome)

واستطاع العلماء تحديد مسبب المرض بعد سنوات قليلة من رصد الوباء وذلك بفضل التقدم العلمى الحالى (قارن الزهرى الذى استغرق اكتشاف سببه زهاء أربعة قرون، منذ ظهوره بصورة وبائية فى القرن الخامس عشر حتى استطاع العالمان الألمانيان شاودين وهوفمان فى أوائل القرن العشرين مشاهدة الميكروب اللولبى ميكروسكوبيا وإثبات أنه الميكروب المسبب للزهرى). واكب اكتشاف الفيروس المسبب لنقص المناعة المكتسب أوالعوز المناعى المكتسب قصة تبدومسلية تكشف كيف تؤثر السياسة والكبرياء الوطنى على العلم سوف نعود اليها تفصيلا. وها قد احتل وباء الإيدز مقدمة المسرح بلا منازع : ينتقل للملايين يوميا وتتزايد أعداد المصابين رغم جهود منظمة الصحة العالمية والحكومات والجمعيات الأهلية المهتمة ورغم ما ينفق من بلايين الدولارات على برامج مكافحته وعلى البحوث العلمية وعلى محاولات اكتشاف طُعْم واقٍ أو علاج شافٍ. ويبقى الإيدز أشنع الأمراض المنقولة جنسيا وأشدها وطأة على الجنس البشرى منذ الخليقة، يقتل كل من يصاب به

دون استثناء طالت مدته أو قصرت، لم يعرف له منشأ، ولا كيف ولا لماذا بدأ، لا يوجد له طُعْمٌ واقٍ أو علاج شافٍ يخلص الجسم من الفيروس المراوغ الذى يغير شكله وتراكيبه بسرعة لم يعرفها العلم إلا فى فيروس الأنفلونزا لينتج أشكالا وسلالات جديدة لا تستجيب للعقاقير ولا تحمى منها الأمصال والطعوم الواقية. وظنى أن الإيدز سيحتل مقدمة المسرح لمدة لا يعلمها إلا الله وسيستمر فى الانتشار وفى تحدى الطب والعلم حتى يقتنع الإنسان بأن الوسيلة الوحيدة للإفلات تنحصر فى الاكتفاء برفيق واحد وهكذا أمرتنا جميع الأديان.

وعندما أيقن الإنسان عقب اكتشاف المضادات الحيوية والكيمائية خلال فترة الخمسينيات من القرن العشرين بقرب سيطرته سيطرة كاملة على تلك الأمراض فإذا بالقرن ينتهى وقد أضيف مرضان أحدهما شنيع وغير قابل للشفاء إلى قائمة «أ م ج».

تتبع أ. م. ج عبر التاريخ :

من المفيد علميا معرفة تاريخ الأمـراض: متى ظهرت وفى أى المجتمعات انتشرت ونظرة أفراد المجتمع للمرض آنذاك ومعتقداتهم فيما يتعلق بأسبابه وكيف كان يتم التعامل معه.

يتم تتبع تاريخ الأمراض عامة بثلاث طرق هى :

١ ـ تأويل النصوص التاريخية.

٢ ـ فحص البقايا البشرية مثل العظام والمومياوات التى تنتمى لعصور معينة قيد البحث.

٣ ـ تحليل البصمة الوراثية.

يعتمد المؤرخون الطبيون على دراسة النصوص المكتوبة على الحجر أو الطين المجفف أو جلد الحيوان أو أوراق البردى لمعرفة متى ذُكر هذا المرض لأول مرة فى أحد النصوص، أو أنه لم يذكر ولم يكن معروفا وقت كتابة النص، ومن الطبيعى أن المرض لا يذكر باسمه المتعارف عليه فى الوقت الحالى، بل تذكر أوصاف وأعراض يؤوِّل الباحثون ومن ثم يستنتجون منها ماهية المرض الذى جاء ذكره فى النص، وعلى سبيل المثال: لو ذُكر فى أحد النصوص أن جيشا من الجيوش عاد أفراده من الحرب وقد أصابهتم قرح وطفح جلدى وتضخم بالغدد اللمفاوية مع أعراض أخرى انتهت بالوفاة، فمن الممكن تأويل تلك الأعراض على أنها كانت بسبب الإصابة بالزهرى أو الجذام أو الطاعون أو الليشمانيا. ولا نتوقع أن تذكر أوصاف الأمراض بالدقة العلمية المعتادة فى الطب الإكلينيكى المعاصر؛ لذا اختلفت التفسيرات من مؤرخ لآخر حسب رؤية كل منهم وبالتالى فإن المعلومات المستقاة من تلك المصادر تكون بعيدة عن درجة اليقين العلمى المنشود، ورغم ذلك لا يمكن إهمالها انتظارا لما سوف تسفر عنه أبحاث أخرى فى المستقبل تلقى الضوء على ما جاء فى النص وتيسر تأويله التأويل الصحيح.

وتعطى الطريقة الثانية نتائج أكثر مصداقية وتعتمد على فحص البقايا البشرية مثل الهياكل العظمية والأسنان وأنسجة المومياوات للتعرف على الآثار التى تتركها بعض الأمراض عليها، وعلى سبيل المثال فإن من المعروف أن مرض الزهرى يحدث تغييرات محددة فى العظام أو الأسنان، فإذا تبين وجود بعض أو كل تلك التغيرات كان ذلك دليلا مؤكدا على وجود المرض قيد البحث فى الحقبة التاريخية التى تنتمى إليها البقايا البشرية التى تم فحصها.

أما الطريقة الثالثة وهى حديثة نسبيا فتعتمد على تقنية تحليل

الحامض النووى (د ن ا) (DNA) وتحـديد تتابعاته ومقارنتها بتتابعات (د ن ا) المميزة للمسبب. والـ (د ن ا) لا يبلى ويمكن أن يبقى ألوف السنين دون أن تتغير خواصه، فإذا استطاع العلم التعرف على تتابعات (د ن ا) ميكروب معين (الزهرى مثلا) فى إحدى البقايا البشرية يصبح ذلك دليلا أكيدا على وجود المرض فى ذلك العصر، غير أن بعض الصعوبات التقنية التى تكتنف تلك الطريقة إضافة إلى التكاليف المادية الكبيرة لا تزال تعوق استخدام تحليل الـ د ن ا أوما يطلق عليه البصمة الوراثية التى يمكن تطبيقها على الميكروبات كما تطبق حاليا على الإنسان. وأذكر فى هذا السياق مشروعا بحثيا اقترحه على البروفسير الألمانى هوفمان أستاذ الأمراض الجلدية والتناسلية بجامعة فرانكفورت ولم يتح له أن يرى النور لأسباب بعيدة عن العلم، وملخص فكرة الأستاذ هوفمان أن نحاول أن نبحث عن ميكروب الكلاميديا فى مومياء الملك رمسيس الثانى على أساس أن الفحص بأشعة إكس بيَن إصابته بمرض بالعمود الفقرى قد يتسبب عن الإصابة بميكروب الكلاميديا خاصة أن الاتصال الجنسى مع الكثيرات يزيد من فرص الإصابة به، وتذكر المصادر التاريخية أن الملك رمسيس الثانى كانت له ثلاث وتسعون زوجة (بخلاف المحظيات طبعا).

تاريخ اكتشاف مسببات الأمراض المنقولة جنسيا

ظلت معرفة كُنه وأسباب الأمراض بصفة عامة وتفسير حدوثها لغزا للبشرية امتد منذ ظهور الإنسان العاقل (Homo sapiens) منذ مئات الآلاف من السنين حتى العصر الحديث. وكانت تعزى لغضب الآلهة أوتلبس جسد المريض بالأرواح الشريرة ثم جاءت نظرية الأخلاط الأربعة التى تقول إن الأمراض تأتى نتيجة اختلال التوازن بينهم. تباينت

أيضا وسائل العلاج ما بين تقديم القرابين لاسترضاء الآلهة وقرع الطبول وحرق البخور وضرب المريض ضربا مبرحا لطرد الأرواح واستعمال الأعشاب وبعض أنواع الطعام لاستعادة التوازن بين الأخلاط. تغيرت الصورة فى عصر العلم ففى عام ١٨٧٩ استطاع العالم نايسر اكتشاف الميكروب المسبب للسيلان وبعد ستة وعشرين عاما استطاع العالمان الألمانيان شاودين وهوفمان عام ١٩٠٥ مشاهدة الميكروب اللولبى المسبب للزهرى باستخدام تقنية ميكروسكوبية جديدة. وكان لهذين الاكتشافين دوى علمى، كما حسما نقطة خلاف كانت سائدة بين علماء الطب حين انقسموا الى فريقين يناصر الفريق الأول رأيا مجمله أن كلا من الزهرى والسيلان ما هما إلا مرض واحد له نفس المسبب، بينما يعتقد الفريق الثانى أنهما مرضان منفصلان وإن اشتركا فى طريقة العدوى.

وأدى اكتشاف المسبب الميكروبى للأمراض إلى تحفيز العلماء لتوجيه أبحاثهم لمحاولة اكتشاف العقاقير التى تقتل الميكروبات دون أن يكون لها أثر ضار على جسم المصاب وأعلن العالم الألمانى إرلخ عن نجاحه فى التوصل الى عقار من مشتقات معدن الزرنيخ أطلق عليه عقار ٦٠٦ وقد أعطاه هذا الاسم لأن مادة «السلفرسان» كانت المركب السادس بعد الستمائة مركب أجرَى عليهم تجاربه قبل التوصل إليه، وبذلك بدأ عهد جديد فى العلاج الطبى: عقار يقتل ميكروبا محددا داخل الجسم المصاب دون أن يقتل الجسم نفسه. وبعد سنوات قليلة طورت الأبحاث مركب سلفرسان وأنتجت نيوسلفرسان الذى تميز عن سابقه بقلة أعراضه الجانبية، وتربع هذا العقار على عرش علاج الزهرى لمدة تقارب الأربعين عاما حتى تم اكتشاف البنسلين أول المضادات الحيوية عام ١٩٤٣ وثبتت فاعليته الكبيرة فى علاج كل من الزهرى والسيلان.

حواديت عن الأمراض المنقولة جنسيا من ذاكرة التاريخ

١ - إجرام علمى (تجربة تاسكجى)

(Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male)

- الزمان: عام ١٩٣٢.
- المكان: ولاية ألاباما بالولايات المتحدة.

اقترح «الدكتور تاليا فروكلارك»، مسئول الأمراض التناسلية التابع لإدارة الخدمات الصحية الحكومية بولاية ألاباما بالولايات المتحدة، اقترح تعديلا للسياسة البحثية الممولة من الحكومة الاتحادية عن مرض الزهرى، واستبدل المشروع، الذى كان قائما وقتذاك، ومحوره اكتشاف وعلاج حالات الزهرى المنتشرة بين الأمريكيين السود فى الولاية علاجا جماعيا يسهم فى تخفيض أعداد المرضى والحد من ظهور حالات جديدة، بمشروع آخر يهدف الى دراسة خط سير ومصير مرضى الزهرى لوتركوا بدون علاج. ومن المعروف أن ذلك المرض يمر بعدة مراحل إن لم يتلقَّ المصاب علاجا وهى المراحل الأولى والثانية والكامنة وتنتهى بالمرحلة الثالثة وهى أخطرهم وتصيب الجهاز الدورى أوالجهاز العصبى وتنتهى بالوفاة. وكان هدف البحث دراسة التغيرات الباثولوجية التى تصاحب المرض فى أطواره المختلفه وتحديد العمر المفترض لمريض الزهرى والأسباب المؤدية للوفاة وتحديد نسب حدوث المضاعفات المختلفة بدقة.

والهدف العام فى حد ذاته مشروع ويلقى الضوء على جوانب من المرض ربما لم تكن معروفة ولكن الأسلوب الذى تُرجمت به تلك الأهداف كى تصبح خطوات بحثية تعطى نتائج لا تحتمل اللبس أوالتأويل جاء مليئا بالخسة والنذالة والجبن والإجرام من جانب فريق البحث فماذا فعلوا ؟

اختاروا ٣٩٩ من الزنوج الأمريكيين المصابين بالزهرى فى منطقة محددة من ولاية ألاباما وقالوا لهم: «أنتم تعانون مرضا خطيرا وسنتولى علاجكم بالمجان» ولم يفصحوا لهم عن كونهم عينة بحثية وأن ما يُجرى عليهم مخطط له مسبقا، وطلبوا منهم التردد على الأماكن المخصصة للبحث لتلقى العلاج، وكان علاجا وهميا لا علاقة له بمرضهم ولا يشفيه (Placebo)، أى أنهم حرموهم فرصة العلاج السليم. طلبوا من المرضى الحضور للمستشفى بصورة دورية لمتابعتهم والاطمئنان على صحتهم (كذا !!) وكان غرض فريق البحث من الزيارات المتكررة تدوين الملاحظات ورصد أية أعراض جديدة تظهر بين أولئك المرضى، وكان من أهم نقاط البحث أيضا إجراء الصفة التشريحية للمريض بعد وفاته لدراسة ما أحدثه المرض من تغيرات بأعضائه. وكان لا بد من طريقة تشجع المرضى أن يموتوا تحت سمع وبصر مجموعة البحث، فأعلنوهم بأن استكمالا للعمل الخيرى الذى يقومون به (كذا !!) سوف تتحمل الحكومة مصاريف الجنازة والدفن لمن توافيه المنية داخل أحد مستشفياتها؛ وهكذا نرى إصرار الباحثين على أن يظل المرضى تحت سيطرتهم الكاملة مستخدمين وسائل الخداع والكذب والإغراء. وبعد ما يزيد على عشرين عاما من بدء التجربة، بدأ استعمال البنسلين المكتشف حديثا وتأكدت فاعليته الجبارة فى علاج الزهرى وبالطبع انزعج الباحثون فلو تصادف أن تناول أحدهم علاجا بالبنسلين لأى سبب كان فسوف يؤثر ذلك حتما فى نتائج البحث، وللتغلب على المشكلة أعدوا قائمة بأسماء المرضى وزعوها على جميع المؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية فى الولاية يوصون فيها بعدم معالجة هؤلاء المرضى بالبنسلين تحت أى ظرف من الظروف حتى ولوكانوا مصابين بمرض خطير آخر يستدعى استعماله (التهاب رئوى مثلا).

واستمرت التجربة (تجربة تاسكجى كما أُطلق عليها) زهاء أربعين عاما حتى طفت أخبارها على السطح ووصلت أنباؤها الى بعض الصحف التى قامت بدورها بحملة صحفية انتهت بإيقاف التجربة من قبل وزارة الصحة الأمريكية عام ١٩٧٢ وأُسدل الستار على قصة مأساوية تفضح العنصرية السائدة وقتذاك وتواطؤ السلطات لحرمان طائفة من الملونين الجهلة كان كل ذنبهم أنهم وثقوا فى مواطنيهم البيض المتعلمين. عندما أوقفت التجربة كان ٧٤ (١٣,٥٪) شخص لا يزالون على قيد الحياة بينما قضى الزهرى المتقدم ومضاعفاته على حياة مائة إنسان عوملوا معاملة فئران التجارب. وبعدها أصدر الكونجرس ضوابطَ مشددة للتجارب العلمية على البشر وأصدر الرئيس بيل كلينتون اعتذارا رسميا لأسر الضحايا عما جرى.

٢ـ تجربة علمية أخرت العلم مائة سنة

منذ القرن السادس عشر وربما قبل ذلك الوقت اتضح أن الاتصال الجنسى وسيلة انتقال كل من الزهرى والسيلان، وبالرغم من اختلاف أعراضهما المرضية حيث يشكو مريض السيلان من حرقان يصاحب التبول مع نزول إفراز صديدى من فتحة البول بينما يتميز الزهرى بظهور قرح وطفح جلدى فى مراحله الأولى فقد اعتبرهما معظم الأطباء صورتين مختلفتين لنفس المرض يسببهما نفس «السم» أو نفس «الفيروس» كما كان يطلق على مسببات الأمراض المعدية آنذاك قبل اكتشاف الميكروبات ، فإذا دخل «السم» الجسم عن طريق الغشاء المخاطى تجلت أعراضه فى صورة السيلان، وإذا دخل من خلال الجلد تسبب فى ظهور الزهرى، وبينما كان هذا هو الرأى السائد فى الأدبيات الطبية آنذاك عارضت نسبة ضئيلة من الأطباء نظرية أحادية المسبب

ودافعوا عن وجهة نظر أخرى ترى أن الزهرى والسيلان مرضان مختلفان فى الأسباب وإن اتفقا فى وسيلة الانتقال، واستمر الخلاف سنوات طوال دون حسم. وإبان القرن الثامن عشر ساد الأوساط العلمية الرأى بأن الحقائق العلمية لا تحسم من خلال المناقشات الفلسفية والمنطقية ولكن من خلال التجربة العلمية وهنا قرر الجراح البريطانى الشهير جون هنتر حسم الخلاف بإجراء تجربة على نفسه (وفى هذا قمة النبل العلمى مقارنة بتجربة تاسكجى الأمريكية على مرضى الزهرى) بأن لقح عضوه الذكرى بإفرازات مأخوذة من عاهر مصابة بالسيلان. وأسفرت التجربة عن إصابته بأعراض السيلان بعد ٤٨ ساعة أعقبها بأسبوعين ظهور قرحة الزهرى على عضوه الذكرى. أعلن جون هنتر (١٧٢٨ ـ١٧٩٣) نتائجه على الأوساط الطبية واعتبر أن تجربته أثبتت أن الزهرى والسيلان مرض واحد، وتبنى الطب لمدة تزيد على مائة عام هذا الرأى الخاطئ حتى عام ١٨٧٩ حين اكتشف نايسر ميكروب السيلان ثم اكتشف شاودن وهوفمان ميكروب الزهرى عام ١٩٠٥، بعد استخدام الميكروسكوب. تبين فيما بعد أن المريضة التى استخدمت فى التجربة كانت مصابة بكلا المرضين فى نفس الوقت (ويحدث ذلك كثيرا فى الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالـ أ. م. ج مثل العاهرات) ولم يفطن الباحث أو القارئ لذلك الاحتمال ونتج عنه تأخر الفكر الطبى لمدة مائة عام.

٣ـ من اكتشف الفيروس؟

اختلف الفرنسيون والأمريكيون عمن كان له قصب السبق فى اكتشاف فيروس الإيدز، وتصاعدت المشكلة حتى وصلت للقضاء وتداولتها ساحات المحاكم منذ أواسط ثمانينيات القرن العشرين حتى بدايات القرن الواحد والعشرين.

وملخص الموضوع أنه كان هناك سباق محموم فى معامل الميكروبيولوجى فى العالم المتقدم للوصول إلى كنه وطبيعة العامل المسبب لمرض الإيدز. وتوصل علماء معهد باستير الفرنسى إلى الفيروس المسبب للمرض وحددوا نوعه وتركيبه بدقة ومن شدة الإثارة والحماس، أعلنوا الاكتشاف فورا عبر وسائل الإعلام أولا، ثم أرسلوا البحث بعد ذلك إلى الدوريات العلمية. توصل العلماء فى الولايات المتحدة لنفس النتائج بعد الفرنسيين بشهور، وقاموا بنشره بسرعة فى إحدى الدوريات العلمية الأمريكية فظهر قبل نشر البحث الفرنسى الذى تأخر نشره لأسباب غير معلومه وربما كان للسياسة دخل فى هذا التأخير. وعلى هذا الأساس ادعى الأمريكيون سبق الاكتشاف. ومن طبائع الأمور فى عصرنا هذا أن يكون السبق للولايات المتحدة فى كل شىء عدلا كان أم زورا. لم يقبل العلماء الفرنسيون بالظلم ولجأوا إلى المحاكم التى تداولت القضية لعدة سنوات وحُسمت أخيرا لصالح الفرنسيين حيث أكدت توصلهم للاكتشاف قبل أقرانهم من الأمريكيين ونالوا شرف الكشف. لا يوجد مقابل مادى للاكتشافات العلمية ويكتفى العلماء بالرضاء النفسى والاعتراف بالصنيع.

الفصل الثالث

انتقال العدوى وانتشارها

يعتبر الجماع الوسيلة الرئيسية فى نقل عدوى أ م ج، ولا يشترط فيه إيلاج العضوالذكرى، فيكفى التلامس بين الأعضاء للنقل، وقد تتم العدوى بوسائل أخرى نادرة الحدوث سوف نذكر بعضها فى حينه. يؤمن الاتصال الجنسى انتقالا مباشرا للميكروب من عائل لآخر دون التعرض للظروف البيئية التى قد تدمره بسبب ضعف تكوينه. ترتبط احتمالات الإصابة بالسلوك الجنسى للشخص وتتناسب طرديا مع عدد مرات التعرض.

السلوكيات التى تدعم انتشار العدوى

تؤثر أنماط السلوك على سرعة انتشار العدوى داخل المجموعات الأكثر عرضة ويقال إن الأمـراض المنقولة جنسيا من الأمراض «السلوكية» فماذا تعنى تلك العبارة ؟ أثبتت الملاحظات والدراسات الاجتماعية والنفسية أن معظم المصابين تجمعهم سمات مشتركة، فهم غالبا من المستهترين الذين لا يتبصرون العواقب فيتورطون فى علاقات جنسية غير مشروعة وينتقلون من علاقة لأخرى على فترات متقاربة

وأحيانا متزامنة، فإذا أصابهم المرض تأخروا فى البحث عن العلاج وإن عولجوا لا يلتـزمون بالخطة العلاجية مما يساعد على كمون المرض. بالإضافة إلى ذلك فإن المريض(والمجتمع أيضا) ينظر إلى المرض نظرة سلبية ويعتبره وصمة عار؛ لذا كثيرا ما يتردد فى طلب العون الطبى والعلاج فى الوقت المناسب مما يزيد من فرص نقل العدوى سواء بين أقران السوء داخل المجموعات الأكثر عرضة أو بين الأبرياء (الزوجة على سبيل المثال أو مواليد السيدات المصابات). ولشرح هذا الموضوع دعنا نسترشد بنتائج بعض البحوث المنشورة مؤخرا والتى درست أنماط الشخصيات متعددة الإصابة ووجدت أن الشخصية التى تميل إلى إقامة علاقات عابرة متنوعة خلال فترات زمنية قصيرة من أكثر الناس خطورة فى نشر العدوى، فلو مارس الشخص «أ «العلاقة الجنسية مع «س» اليوم ثم مع «ص» بعد أيام ثم مع «ط» ثم يعود الى «س» ثم يغير إلى «هـ» خلال فتره أسابيع، فإذا تصادف أن «ص» كانت مصابة بأحد الأمراض الجنسية ونقلت العدوى الى «أ» فسوف ينقلها بدوره لكل من «س» و«ط» و«هـ» وهكذا تتسع دائرة الانتشار.

أما النمط الثانى من السلوك الخطر فهو إقامة عدة علاقات متزامنة، فإقامة علاقة جنسية بأكثر من فرد خلال نفس الفترة الزمنيه تساعد على انتقال المرض داخل المجموعات الخطرة وخارجها أيضا. وعلى سبيل المثال: إنسان متزوج كون علاقة بأخرى (أو آخر) تنتمى أو ينتمى إلى المجموعات الأكثر عرضة (عاهر أو مثلى أو مدمن مخدرات) سوف يصاب ثم ينقل المرض إلى زوجته، وقد تكون الزوجة حاملا فتنتقل العدوى بدورها إلى الجنين وهكذا.

أجريت عدة دراسات ركزت على التعرف على العلاقة بين معدلات الإصابه بالأمراض المنقولة جنسيا ومعدل إقامة علاقات متزامنة وقد تم

إجراء البحث فى مجتمعات وثقافات مختلفة وتبين أن المعدلات فى البلاد الأفريقية أعلى منها فى المجتمعات الصناعية الأكثر تطورا وكانت الظاهرة أكثر انتشارا فى الرجال عنها فى النساء. ويمكن أن نستنتج من تلك الدراسة الكثير من المعلومات التى تفسر الزيادة الكبيرة فى معدلات الإصابة كذا سرعة انتشار أ. م. ج فى البلاد الأفريقية خصوصا الإيدز والتى باتت تهددها بالفناء والدمار الاقتصادى وتحصد عافية وأرواح من هم فى المرحلة العمرية القادرة على العمل والإنتاج، مهددة بخراب اقتصادى وشيك.

العلاقة بين أنماط السلوك الجنسى وسرعة انتشار أ.م.ج

للسلوك الجنسى أثر مباشر على التقاط العدوى ومن ثم نقلها للآخرين، وينقسم السلوك الجنسى للبشر حسب توجه رغبتهم الجنسية إلى ثلاث فئات وهى:

- الطبيعيون الذين يفضلون الجنس الآخر فقط.
- والمثليون وهم من يفضلون إقامة العلاقات الجنسية مع مثيلهم (رجل مع رجل أوأنثى مع أنثى) فقط.
- ومزدوجو النشاط الذين يمكنهم الممارسة مع مثيلهم أحياناً أومع الجنس الآخر أحياناً أخرى.

ولا توجد إحصائيات دقيقة تبين نسب الفئات الثلاث فى معظم المجتمعات بسبب الصعوبات التنفيذية التى تكتنف إجراء تلك النوعية من الدراسات أهمها الحاجة إلى دراسة عينة كبيرة من البشر تمثل المجتمع ككل كى تعطى نتائج يعتد بها، بجانب حساسية الموضوع قيد البحث وما قد تثيره الأسئلة التى يطرحها الاستبيان من ردود أفعال قد

تمنع الكثيرين من المشاركة أو تدفعهم للإدلاء ببيانات غير دقيقة أو إخفاء بعض الحقائق مما يؤثر فى مصداقية نتائج البحث.

وفى الغالبية العظمى من المجتمعات لا يمكن إجراء هذا النوع من البحث العلمى؛ ولذا تعتمد المراجع على نتائج البحوث التى أجريت فى المجتمعات الأمريكية والأوروبية حيث تسمح الثقافة السائدة فيهما بتلك النوعية من الدراسات، وبناء على نتائجهم يمكن تقدير نسبة الطبيعيين بـ(٩٠ ـ ٩٣٪) والمثليين (٥ ـ ٨٪)، والمزدوجين (٢ ـ ٥٪).

ولابد من الأخذ فى الاعتبار أن تلك الإحصائيات لا يمكن أن تنسحب على جميع المجتمعات البشرية فهناك على سبيل المثال مجتمعات لا تعرف المثلية بينما تنتشر فى مجتمعات أخرى، ولا ينظر إليها المجتمع كسلوك معيب (المجتمعات المغلقة مثل إحدى الواحات فى الصحراء الغربية).

«المجموعات الخطرة» أو «المجموعات الأكثر عرضة للإصابة»

هى المجموعات البشرية التى ترتفع بينها نسب انتشار الأمراض المنقولة جنسيا وتشمل على سبيل المثال:

- محترفات ومحترفى البغاء.
- مرتادى مناطق البغاء.
- اللوطيين (المثليين من الرجال).
- مدمنى المخدرات (خاصة التى تؤخذ عن طريق الحقن).
- مجموعات العمال الأجانب الذين لا يصطحبون أسرهم.
- أصحاب المهن التى تتطلب كثرة الترحال (البحارة، بعض رجال الأعمال).

- كثيرى التغيير وهم من يقيمون علاقات جنسية متعدده وينتقلون من علاقة لعلاقة وهم عادة يعانون من مراهقة متأخرة.

عادة ما تبدأ أوبئة أ. م. ج داخل المجموعات الخطرة حيث تنتشر بينهم بسرعة مقارنة بسرعة انتشارها داخل أفراد المجتمع ككل كما أن نسبة الإصابة بينهم أعلى من معدلاتها فى المجتمع، ويعتمد ذلك بصورة أساسية على السلوكيات الجنسية لتلك الفئات الأكثر عرضة، ومن ثم تنتقل العدوى من المجموعات الأكثر عرضة (الخطرة) إلى باقى المجتمع أى أن الوباء يحدث على مرحلتين. تصيب أوبئة أ م ج الأفراد الذين ينتمون لفترة عمرية معينة (١٥ ـ ٤٥) والذين يطلق عليهم: «النشطاء جنسيا». وسوف نناقش فى الصفحات التالية خصائص السلوك الجنسى لكل فئة من الفئات الأكثر عرضة للإصابة والأكثر فعالية فى نشر العدوى.

المِثْلِيُّون

اكتنف تعريف المثلية بعض الصعوبات فكانت تعرف فى الماضى على أنها إقامة علاقة جنسية كاملة مع نفس نوعه، ثم تبين وجود بعض الأفراد لا يشتهون الجنس الآخر وميولهم الجنسية موجهة إلى نفس النوع سواء فى أحلامهم أوخيالاتهم الجنسية ولكنهم لا يمارسون علاقات جنسية؛ ولذا اتسع التعريف ليشملهم.ويعرف المثلى حاليا أنه «**من تنحصر اهتماماته الجنسيه فى نفس نوعه**» (من هم مثله ومن هنا جاءت التسمية).

وقد بينت البحوث أن ثلث المثليين من الذكور تتم بينهم علاقات جنسية كاملة بينما تقتصر العلاقة فى الباقين على مداعبات متبادلة ذات طابع جنسى. وعادة ما يتبادل الفردان الأدوار، بينما تفضل نسبة قليلة

القيام بالدور الإيجابى أو السلبى فقط. وتقتصر الممارسات المثلية فى الإناث على المداعبات المتبادلة، وبالتالى يقل خطر انتقال أ.م.ج بينهن على عكس المثليين الذكور.

يعتبر المثليون الذكور من الفئات الأكثر عرضة للإصابة وترتفع معدلات أ. م. ج بينهم، ولا يسبقهم فى ذلك المضمار سوى محترفات الدعارة. ويرجع ذلك لعدة أسباب أظهرتها نتائج البحوث التى درست سلوكيات تلك الفئة. يتمتع المثليون الذكور (اللوطيون) بمعدل أعلى من النشاط الجنسى مقارنة بالطبيعيين (معدل مرتين إلى ثلاث فى الأسبوع مقارنة بمرة إلى مرتين فى الأسبوع فى الآخرين)، كذا تتسم علاقاتهم بعدم الاستقرار وكثرة التغيير والتبديل والانتقال من علاقة لأخرى، وفى بعض الأحيان يكون المثلى على علاقة بأكثر من شخص فى نفس الفترة الزمنية، ويساعد على ذلك طبيعة مجتمع المثليين حيث توجد أماكن معينة معروفة لهم يتجمعون فيها مثل بعض البارات والمقاهى والسينمات والحمامات الشعبية حيث يتم التعارف بينهم وتكوين الصداقات والعلاقات. وفى إحدى الدراسات تبين أن نسبة لا بأس بها من المثليين تقيم علاقات مع أشخاص لم يمضِ على التعرف بينهم ساعات قليلة لدرجة أن يجهل أحيانا كل منهم الاسم الحقيقى للآخر وقد لا يهتم بمعرفته أصلاً. وإلى جانب أماكن تجمع المثليين توجد الآن مواقع على الإنترنت يتعرف المثليون من خلالها على بعضهم البعض. ويختلف المثليون فى سلوكهم هذا عن المرأة المتحررة التى تميل عادة إلى إنشاء نوع من العلاقة العاطفية قبل الانغماس فى علاقة جنسية كاملة.

ومن الظواهر الجديدة فى مصر لجوء البعض منهم (خاصة الأجانب

الوافدين وكبار السن) إلى إنشاء علاقات مع الشباب مقابل مبالغ مالية، ومع الانكماش الاقتصادى والبطالة وسوء الأحوال المعيشية نشأت «مهنة» جديدة قوامها شباب ضربه الفقر والعوز وانهيار المثل والأخلاق، (يطلق على أفراد تلك الفئة اسم «الخرتى» وتجمع على «خرتية» ولم أجد لهذه التسمية الشعبية مصدرا). يتولى «الخرتى» تقديم الخدمات مقابل مبالغ مالية، وتشمل تلك الخدمات شراء المخدرات والخمور والتصدى للأمور المشبوهة نيابة عن «السيد» وإحضار الفتيات له وقد تصل إلى المعاشرة الجنسية المثلية معه، ولكل خدمة ثمنها. وعادة ما يكون «السيد» أحد الوافدين للسياحة أو بعض المستهترين المحليين وبالطبع ينتقل «الخرتى» من خدمة شخص لآخر خلال فترات زمنية قصيرة مما يجعله وسيلة فعالة لنشر أ. م. ج.

وهكذا نجد أن طبيعة وأسلوب الممارسات الجنسية داخل مجموعات المثليين تجعلهم أكثر عرضة للإصابة كما أنها تزيد من سرعة انتشار أ.م.ج بينهم، ولا ننسى أن أولى حالات الإيدز تم رصدها بين المثليين فى سان فرانسسكو عندما لوحظ ظهور أعراض نقص المناعة بينهم، وكان تزايد تلك الحالات بصورة وبائية لافتا لنظر العلماء والسلطات الصحيه.

الدعـــارة

لاشك أن نسبة الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا بين محترفات الدعارة عالية وتفوق مثيلاتها فى أى مجموعة أخرى من المجموعات الأكثر عرضة للإصابة، والسبب واضح وهو إقامة علاقات متعددة مع أشخاص مختلفين يومياً.

تختلف الأسباب المؤدية لامتهان الدعارة من مجتمع لآخر، وتنحصر معظم تلك الأسباب فى الفقر الشديد كما فى العشوائيات الأفريقية والشرق آسيوية ويكون الدخل المتحصل هو الوسيلة الوحيدة لإعاشة الداعرة وأسرتها وفى بعض قرى تايلاند ترسل الأسرة أحد بناتها للمدينة لامتهان الدعارة لتتكفل بإعاشة الأسرة. وقد تكون ممارسة الدعارة لأسباب أخرى مختلفة فتمارس كعمل «إضافى» بجانب المهنة الأصلية كوسيلة لزيادة الدخل والارتفاع بمستوى المعيشة أوللحصول على المخدرات مقابل ممارسة الجنس.

الدعارة مهنة منظمة تحميها المافيا أوما يشابهها من التنظيمات الإجرامية التى تسيطر على المومسات سيطرة كاملة بالترويع والبلطجة وتستخدم جميع الوسائل لإخضاعهن وتستأثر بمعظم أرباح المهنة.

وأيا كانت دوافع امتهان الدعارة ونظمها وهى تخص أصلا الباحثين فى العلوم الاجتماعية تبقى حقيقة مهمة بالنسبة للمهتمين بالأمور الصحية وهى أن تلك الفئة تشكل مصدرا رئيسياً من مصادر نشر أ.م.ج وذلك للأسباب التالية :ـ

- كثرة التغيير والتعرض لأشخاص قادمين من مناطق جغرافية متعددة ومختلفة.
- الإهمال فى العلاج وفى استخدام أساليب الوقاية التى تقلل من فرص نقل العدوى بسبب المستوى الثقافى المتدنى للمومسات.
- تكون أعراض أ م ج بسيطة لا تلفت النظر فى نسبة عالية من الإناث وترتفع بينهم ظاهرة الكمون.
- لجوء الكثيرات منهن لإدمان المخدرات المحقونة كوسيلة للتغلب

على واقعهن الأليم؛ وبذا تضيف طريقة أخرى لالتقاط عدوى أ.م.ج خاصة الإيدز.

الدعارة مثلها مثل أى عمل تجارى آخر تخضع لقانون العرض والطلب. تزدهر تجارة الجنس كلما زاد الطلب عليها مثل وجود أعداد كبيرة من الذكور الذين لا تتاح لهم ممارسة الجنس الشرعى فنجدها تتركز بالقرب من الموانئ ومعسكرات الجيش وتجمعات العمال المهاجرين من الريف للمدينة أو من وطن لآخر، كذا فى المدن السياحية ومناطق الترفيه.

وتعتبر ظاهرة الجنس التجارى من أهم المؤثرات فى وبائيات أ.م.ج حيث يتم الاختلاط الجنسى بين عدد محدود من الإناث ترتفع بينهن نسبة الإصابه وعدد كبير من الذكور يلتقطون العدوى لينقلوها فيما بعد لزوجاتهم وهكذا تشكل الدعارة مركزا لتوزيع أ. م. ج إلى باقى أفراد المجتمع.

تركز البرامج التى تهدف للسيطرة على انتشار أ. م. ج على إرشاد محترفات الجنس التجارى (المومسات) الى أساليب الوقاية من التقاط العدوى أونقلها؛ وعلى سرعة التعرف على أعراض الإصابة، كذا أهمية البدء الفورى فى العلاج. وتهتم تلك البرامج أيضاً بإنشاء وحدات علاجية قريبة من مناطق تجمعهم تعمل بأسلوب يكتسب ثقتهم ويحافظ على سريتهم بغض النظر عن الاعتبارات القانونية والأخلاقية ويرفع القائمون على تلك البرامج شعار: «وقاية المجتمع تعلو على أى اعتبار آخر».

إن السيطرة الطبية الكاملة على البؤر الرئيسية التى يبدأ منها الوباء

وسيلة تمكن من وأد المشكلة في مهدها. وربما يجد الكثيرون غضاضةً واستنكاراً لمطالبة بعض إخصائيي الطب الوقائي بعودة البغاء الرسمي المنظم تحت الإشراف الطبي فذلك أضمن لمحاصرة « أ.م.ج» ومنع انتشارها المهول المتوقع. البغاء موجود وعمره عمر البشرية، إما ظاهر على السطح تحت ملاحقة الأجهزة الوقائية أومختبئ كالسوس ينخر في خشب المجتمع دون رقابة، بينما المنادون بالعفة في البرلمانات ووسائل الإعلام المزعومة مستكينون في بلهنية. الخير كل الخير في أن نكافح المرض في منابعه بدلا من ترك الأمور تستفحل بفعل الإنكار والمداراة وانعدام الشفافية. وهنا أورد الرأي الذي يتفق عليه الأطباء المهمومون بمكافحة أ.م.ج في الكواليس ولا يجرءون على التصريح به إشفاقاً مما سيلاقون من عنت وتجاوزات واتهامات من المزايدين، وهكذا تفلت الفرصة لمحاصرة انتشار أ.م.ج بكفاءة. وأُضيف أن واجب الطب الوقائي والعلاجي درء الأذى عن المجتمع ومنع انتشار الأمراض، متبعين الأسلوب العلمي المدروس الذي يحقق أحسن النتائج وأنجحها وفي هذا يختلف عن أساليب المصلحين الذين يتخذون من الوعظ والتذكرة وسيلة أثبتت التجارب فشلها.

مدمنو المخدرات

تؤثر مغيبات الوعي مثل المخدرات والكحوليات على السلوك الإنساني نتيجة تأثيرها الأول على القشرة المخية التي تحتوي على مراكز التحكم في الانفعالات فيجد المتعاطي صعوبة في السيطرة على تصرفاته ويفقد التردد والخجل وكل ما ينهى عن التصرفات القبيحة، وقد تراوده خيالات وأوهام تمنعه من تفسير الواقع أمامه تفسيرا صحيحا. إذا وصل المتعاطي لمرحلة الإدمان وهي القاعدة في

بعض المخدرات خاصة الأفيون والهيروين والكوكايين والماكستون فَقَد الكثير من السمات الحميدة التى تميز الشخص السوى وقد يسلك أى سلوك مقابل حصوله على جرعته اليومية التى عادة ما تزيد بمرور الوقت مضاعفة مشاكله المادية، وقد يتجه إلى ارتكاب الجريمة من سرقة ودعارة واختلاس وقتل فى بعض الأحيان للحصول على جرعته المخدرة. يتلاقى المدمنون عادة للتعاطى سويا والتفنن فى ابتكار وسائل جديدة لتناول المخدرات. وقد يتحول مدمن عقار بسيط (الحشيش مثلا وهوأقل المخدرات تسبيبا للإدمان) إلى إدمان ما هوأخطر ولا يمكن الخلاص منه بسهولة (الهيروين والكوكايين) كما يمكن إغراء أحد المصاحبين حضر الجلسة مع صديق بتجربة التعاطى فيقدم عليه وفى ظنه أنها سوف تكون الأولى والأخيرة فيتحول إلى مدمن «قرارى» بعد مرة أومرتين ومن المعروف أن الإدمان يمكن أن يحدث بعد عدد قليل من المرات. أذكر فى هذا السياق نصيحة والدى لى وكان مثقفا مستنيرا يناقش الموضوعات الحياتية مع أولاده ويرشدهم بعيدا عن التهديد والوعظ الممل ولذا كنا لا ننصرف عنه أونستمع له بنصف أذن. قال إن الإنسان لا يتعلم إلا من تجاربه الشخصية خاصة الفاشلة ومن المستحب أن يجرب كل شىء ما عدا الأفيون والميسر(القمار) فإدمانهما سريع ولا فكاك منه فيما بعد.

مجموعات المدمنين من أخطر الفئات فى نقل ونشر الأمراض المنقولة جنسيا لأسباب عدة أهمها:

١ ـ التعاطى عن طريق الحقن من أسرع الطرق لنقل الأمراض وأكثرها كفاءة خاصة أن العرف قد جرى بينهم على المشاركة فى نفس المحقن، وقد غاب عنى التفسير المقنع لتلك العادة وفكرت أنها قد تمثل طقسا من طقوسهم الغريبة خاصة أن المحقن المعقم الجديد

لا يتجاوز سعره بضعة قروش إلى أن سألت أحد مرضاى المدمنين عن السبب وكان رده غريبا لم يخطر لى على بال، قال: «باستخدام المحقن المشترك يضمن كل متعاطٍ الحصول على جرعته كاملة حيث لا يوجد فراغ مملوء بالهواء فى الإبرة بخلاف إذا ما استعمل المحقن الخاص». وقد بينت الأبحاث سهولة انتقال الزهرى والإيدز بتلك الطريقة وأصبحت توعية المدمنين بخطورتها من أهم عناصر المكافحة.

٢ ـ مع الانهيار فى سلم القيم فى مجتمعات المدمنين ينتشر الجنس الجماعى والتغيير المستمر فى العلاقات وتزامن العلاقات وكلها عوامل تسهل حدوث أوبئة الأمراض المنقولة جنسيا بسرعة.

٣ ـ تدفع الحاجة إلى المال لتوفير المخدر بعض النساء لامتهان الدعارة (الجنس مقابل المخدر).

٤ ـ تلجأ بعض ممتهنات الدعارة لتعاطى المخدرات هروبا من الإجهاد والواقع الأليم الذى يعشنه.

أصحاب المهن التى تتطلب كثرة الترحال

ظل البحارة المثل الأشهر لأصحاب المهن التى تتطلب كثرة الترحال حتى بدء عصر الشركات متعددة الجنسيات والعولمة والنشاط التجارى الواسع الانتشار بين الدول، فنافسهم العاملون بها. كانت رحلات السفن ولا تزال تستغرق الأسابيع والشهور بين الموانئ يعانى فيها طواقمها الملل فلا شىء سوى العمل والطعام والعراك فيما بينهم، والعين تصبح وتمسى على منظر الماء والسماء والشمس والنجوم التى يبعث تكرارها على الملل مهما كان جمالها وشاعريتها. بوصولهم لميناء يبدأ الترفيه

الصاخب وارتياد المطاعم والبارات، وتحظى الملاهى الليلية وأحياء الدعارة بسحر خاص بينهم، وعادة ما تقام بالقرب من منطقة الميناء. وتكون بداية المأساة اكتساب عدوى ومن ثم نقلها لزوجته لدى عودته فى إجازة. يتعرض بعض رجال الأعمال إلى ظروف مماثلة فى مهماتهم المتطلبة السفر للخارج، ورغم قصر المدة التى يمضيها هؤلاء عادة فالوحدة والملل بعد انتهاء أوقات العمل يدفعانهم لارتياد أماكن الترفيه أوالجلوس فى بهوالفندق ويصبح الإغواء فى تلك الحالة المزاجية سهلا ويصبح نقل العدوى للزوجة أكثر احتمالا بسبب العودة بعد وقت قصير والمرض لا يزال فى أوائله أوفى أواخر مدة الحضانة.

الخصائص الوبائية للأمراض المنقولة جنسيا

يعرف الوباء بأنه «**انتشار مرض ما بصورة كبيرة خلال فترة زمنية قصيرة**».

تتباين طرق انتقال العدوى وانتشارها فى الأمـراض المعدية المختلفة، فمنها ما ينتقل عن طريق المسالك التنفسية باستنشاق رذاذ يحتوى على الميكروب المسبب حيث يخرج الرذاذ المحمل بالميكروب من المريض خلال التنفس والعطس والكحة مثل أمراض الأنفلونزا والحصبة والجديرى المائى والجذام والالتهاب الرئوى. ومنها ما ينتقل عن طريق الطعام والشراب فينتج عنها أمراضا معوية مثل الكوليرا والتيفود والالتهاب الكبدى الوبائى «أ» والدوسنتاريا والتسمم الغذائى. وللميكروبات التى تنتقل بإحدى الطريقتين السابقتيـن القدرة على مقاومة الظروف خارج الجسم لفترات وإن تكن محدودة نوعا ما ولكنها كافية لأن يعيش الميكروب حتى يصادف عائلا آخر ليدخل جسمه ويتكاثر.

وهناك من مسببات الأمراض ما يتحوصل ويحيط نفسه بغلاف مقاوم للحرارة (حتى درجة ١٢٠ مئوية فى بعضها) والجفاف؛ وبذلك يستطيع البقاء على قيد الحياة لمدد طويلة قد تصل الى سنوات وحين تتوفر الظروف المناسبة لتكاثره يترك حَوْصلته ويعيد دورة حياته مثل ميكروب التتانوس والجمرة الخبيثة والغرغينه الغازية. ومن الأمراض ما يحتاج الى عائل وسيط ولا ينتقل مباشرة من مريض لآخر مثل الملاريا (بعوضة الأنوفوليس) والليشمانيا (بعوضة الرمل) والطاعون (برغوث الفأر) والتيفوس (قمل الجسم) فيعتمد حدوث الوباء على مدى انتشار العائل الوسيط.

ويبقى الاتصال الجنسى وسيلة انتقال الميكروبات المرهفة. والقاسم المشترك الأعظم بين مسببات مجموعة أ. م. ج هوخاصية الضعف الشديد خارج الجسم وعدم القدرة على البقاء بدون عائل لساعات قليلة وربما أيضا لدقائق قليلة كما أن المطهرات البسيطة تدمرها وهى شديدة التأثر بتغير درجة الحرارة أو الحموضة ولا تتحمل الجفاف؛ ولذا كان لزاما أن تنتقل انتقالا مباشرا من عائل لآخر دون قضاء أى فترة زمنية خارج الجسم؛ لذا أصبح الاتصال الجنسى الوسيلة الوحيدة التى تكفل للميكروب تلك الفرصة. وتؤثر طريقة الانتقال فى أسلوب تحول المرض من الانتشار الفردى الى وباء.

خصائص الوباء فى أ.م.ج

يصيب الوباء جميع أفراد المجتمع دون تمييز فى الأوبئة الناجمة عن العدوى عن طريق الشراب والطعام والرذاذ واللدغ بواسطة العوائل الوسيطة ويمكن تشبيه أسلوب الانتشار بحجر ألقى فى الماء تنشأ عنه موجات متتالية تتسع باضطراد من المركز حيث سقط الحجر إلى

الخارج لتحتل مساحة واسعة. أما فى حالة أ.م.ج فإن الوباء يبدأ أولا فى المجموعات الخطرة أو «المجموعات الأكثر عرضة للإصابة» التى سبق وناقشناها ومنهم تنتشر إلى باقى أفراد المجتمع. وتنتشر العدوى بين مجموعة عمرية معينة وهم «النشطاء جنسيا» بينما تنتشر الأوبئة الأخرى بين جميع الفئات العمرية.

أسباب زيادة انتشار الأمراض المنقولة جنسيا عالميا منذ السبعينيات

خلال عقد السبعينيات من القرن العشرين زاد معدل الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا زيادة ملحوظة بالرغم من توفر العلاجات الفعالة من مضادات حيوية وغيرها وقد ساهم فى تلك الزيادة عدة عوامل كان أهمها:

١ ـ النظرة الليبرالية فى كثير من المجتمعات الغربية للعلاقات الجنسية باعتبارها رمزا من رموز الحرية الشخصية والحق فى الاختيار، اصطلح على تسميتها «بالثورة الجنسية».

٢ ـ أدى اكتشاف حبوب منع الحمل إلى انتشار العلاقات الجنسية الكاملة دون أدنى خوف من فضيحة الحمل غير الشرعى خاصة بين شباب المدارس والجامعات.

٣ ـ أدى تأخر سن الزواج فى بعض البلاد نتيجة الأزمات الاقتصادية وارتفاع أسعار المساكن إلى إقامة علاقات فى الخفاء تحت مسمى الـزواج العرفى أو بدونه، كما أدى ارتفاع نسبة الطلاق لنفس النتيجة.

٤ ـ أدى استعمال الطيران إلى سرعة الانتقال من بلد لآخر وتلاها سرعة انتقال الأمراض المنقولة جنسيا من بلد لآخر كما أدى أيضا لانتشار

سلالات الميكروبات المقاومة للعلاج. وأذكر فى هذا الصدد إحدى سلالات الجونوكوك التى أصبحت تقاوم جميع المضادات الحيوية المعروفة وتتحدى الطب والعلاج (أطلق عليها «سلالة بانجكوك» نسبة إلى المدينة التى اكتشفت بها أول مرة) انتشرت تلك السلالة وأمكن رصدها فى كل بلدان العالم بعد سنوات قليلة من ظهورها فى بلد المنشأ، وهكذا ساهمت سرعة انتقال الأشخاص من بلد لآخر فى «عولمة» الأمراض المنقولة جنسيا وسبقت تلك العولمة المرضية العولمة الاقتصادية بعقدين من الزمان، وكلاهما ـ فى رأى ـ سوف يحيق أضراراً أكثر بالمجتمعات الأكثر فقرا وتخلفا.

بخلاف ما ذكر، هناك عوامل أخرى مستحدثة ساعدت على انتشار «أ. م. ج» مثل انتشار العمالة الأجنبية. زادت هجرة العمالة من البلاد الأكثر فقرا إلى المجتمعات الأكثر ثراء التى فطنت بدورها إلى حاجة تلك العمالة الملحة لتوفير رغيف الخبز لذويهم، وأقصى طموحهم مجرد الاستمرار فى الحياة والبقاء على قيدها، فبخستهم الأجر ومنعتهم اصطحاب أسرهم إلى بلد العمل كما حاصرتهم فى أماكن بعينها يعيشون فى غرف مكتظة فى ظروف معيشية خانقة وشاهدنا ظاهرة جديدة تمثلت فى إيجار السرير لمدة ٨ ساعات لمجرد النوم بدلا من إيجار الغرفة حيث يتبادل العمال السرير الواحد تخفيضا لنفقاتهم. وسمعنا أيضا عن تحديد الأجور حسب جنسية العامل، وليس نوع العمل الذى يؤديه، وسمعنا عن غض بصر السلطات عن العمالة المقيمة بدون مسوغات قانونية لإعطاء الفرصة لأصحاب الأعمال أن ينقدوهم أجرا أقل من الأجر الذى يحصل عليه زملاؤهم وهو أساسا متدنٍّ، وهذا قليل من كثير من الأمثلة التى تعتبر وسام عار على صدر البشرية التى تدعى التحضر وتتشدق ليلا ونهارا بمبادئ حقوق الإنسان بينما تمارس أنظمة

أكثر ظلما من أنظمة العبودية فى العصور الغابرة. وقد أدت تلك الأنظمة الجائرة المطبقة على العمالة الوافدة إلى أن يصبح العامل عَزَباً رغم أنفه، تاركا أسرته فى وطنه معرضة أيضا للتفسخ الاجتماعى فى غيبة رب الأسرة وتعرضها لأخطار أقلها الانحلال الجنسى. وفى ظل تلك الظروف القاسية يلجأ بعض العمال المهاجرين إلى معاشرة البغايا وهم الأكثر عرضة لحمل ونشر مسببات «أ.م.ج» خاصة فى غيبة الإشراف الطبى للسلطات الصحية الوقائية.

الفصل الرابع

نظرة المجتمع إلى مرضى
الأمراض المنقولة جنسياً

سادت ولا تزال تسود المجتمعات نظرة تتسم بالاستنكار والازدراء إزاء المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا، واعتبرهم المجتمع بكل طوائفه (بما فى ذلك بعض الأطباء) بشرا موصومين بالعار، لم تكن لتصيبهم تلك الأمراض لو أنهم مارسوا ضبط الغرائز وامتنعوا عن السلوكيات المعوجة. كما اعتقد البعض أن تلك الأمراض عقاب السماء لمن لم يلتزم بشرائعها وعليه فإن رعاية أو علاج تلك الأمراض يعتبر ضربا من ضروب الوقوف فى وجه عدالة السماء؛ وأغفلوا النظر عمن أصيب بمحض الصدفة مثل العدوى التى تنتقل من زوج مصاب لزوجة لم ترتكب إثما، أوانتقالها من امرأة إلى وليدها، أو للإصابة نتيجة نقل دم ملوث. اكتفت المجتمعات بالتعتيم على تلك الأمراض وعدم مناقشة مشاكلها أو حتى السماح بذكر اسمها فى وسائل الإعلام بل وقفت فى وجه المشروعات التى تهتم بمكافحة «أ. م. ج» لمجرد أن التثقيف الجنسى جزء من مكونات المشروع.

وعلى سبيل المثال تحضرنى قصة حدثت فى الولايات المتحدة لو

قيمت فى ظل السائد حاليا من الأفكار عن أهمية التثقيف الجنسى فى مكافحة «أ. م. ج» لعدت من علامات التخلف الفكرى الشائن. ففى عام ١٩٠٨ قام بعض أطباء الصحة الوقائية التابعون لمصلحة الصحة بالولايات المتحدة بإعداد نشرة تتضمن أعراض وعلامات وأسلوب العدوى وطرق الوقاية من مرض الزهرى لتوزيعها على البحارة التجاريين وهم من المجموعات الأكثر تعرضا للإصابة بالمرض نتيجة طول السفر وانتشار البغاء فى الموانئ، وكان الهدف من النشرة مساعدتهم على تجنب الإصابة بالمرض، وعندما رفعت المذكرة الى الوزير المختص منع تداول النشرة وأشر عليها بالتأشيرة التالية :

« المادة التى تناقشها النشرة لا تتفق وكرامة الحكومة الأمريكية ويُمنع تداولها» وتعكس تأشيرة الوزير النظرة المحافظة للمؤسسات الحكومية فى هذا الصدد.

سلكت بعض المؤسسات غير الحكومية أيضا مسلكا مشابها عندما امتنع رجال البريد فى إحدى الولايات الأمريكية عن توزيع إحدى الجرائد لنشرها موضوعا عن مرض الزهرى فى أحد أعمدتها كان عنوانه: « ماذا يجب أن تعرف كل فتاة؟» بغرض تحذير الفتيات من الارتباط بمريض بهذا المرض. واستند رجال البريد فى امتناعهم عن التوزيع إلى قانون قديم صدر عام ١٨٧٣ (قانون كومستوك) يمنع أن يقوم البريد بتوزيع الرسائل متى كانت تحتوى على مواضيع فاسقة أو قذرة أو مثيرة للشهوة. وإذا كان ذلك هو الحال فى أوائل القرن العشرين فلابد من أنه كان أسوأ خلال العصور الوسطى وعصور الظلام الثقافى. اعتبر الرأى العام فى العصور الوسطى الدعارة ومن يمارسها أُس البلاء والمصدر الأوحد لتلك الأمراض، وكانت السلطات تقوم بإصدار القوانين تلو القوانين لمنع الممارسات الدعارية وتجريمها وكانت تحكم بالنفى على من

يضبط وهو يرد أماكن الفسق أو يوصم وجهه بالنار حتى تكون علامة تبقى معه الى نهاية العمر.

عوقت التوجهات السلبية إزاء مناقشة السلوك الجنسى والأمراض المنقولة جنسيا مناقشة حرة علمية الجهود المبذولة لنشر الثقافة العلمية الصحيحة المتعلقة بتلك الموضوعات بين الجماهير، مما أثر بدوره على برامج مكافحة انتشار أ.م.ج، التى استمرت فى الانتشار منذ الأربعينيات بالرغم من توفر الأدوية الفعالة. وهنا تبين للمهتمين بالمكافحة بصورة واضحة أن المشكلة مركبة وتحتاج لوسائل أخرى أكثر من مجرد توفير الدواء، واتجهت لطرق أخرى للمكافحة تكمل بعضها البعض تعتمد على دراسة السلوك الجنسى البشرى وأنثروبولوجيا المجموعات البشرية والاختلافات الثقافية بينها وأثر كل تلك العوامل على الحلول التى تهدف إلى السيطرة على انتشار «أ. م. ج».

وقد جربت البشرية وسائل مختلفة لمكافحة أ.م.ج منذ أن اكتشفت فى القرن السادس عشر أن الاتصال الجنسى هو وسيلة انتقال الزهرى وأن هناك أمراضا أخرى تنتقل بنفس الطريقة. وكان الفكر السائد وقتذاك يعتقد بأن الدعارة محور القضية، واعتقدت أن القضاء عليها سوف يحل المشكلة من جذورها. اختلفت المجتمعات حول حلول مشكلة الدعارة وإن اتفقوا على أنها المصدر الرئيسى الذى يبدأ منه الانتشار وجربوا منعها بإصدار القوانين المشددة العقوبة واتخاذ الإجراءات البوليسية التى تصل إلى الاعتقال الجماعى للمومسات (كما فعلت الولايات المتحدة خلال الحرب العالمية الأولى)، وبين السماح بالدعارة المقننة مع إجراء فحوص طبية دورية للمومسات لاستبعاد كل من تثبت إصابتها لحين شفائها كما كان الحال فى فرنسا خلال نفس الفترة، ولم تسفر أى من السياستين المنع والسماح المقنن عن نتائج إيجابية بل على العكس

زاد انتشار أ. م. ج بين جنود القوات المحاربة بسبب استمرار الدعارة السرية التى برعت فى التخفى والابتعاد عن أعين السلطات بنقل نشاطها إلى مكان آخر بحيث لا تتعرف عليها سلطات البوليس المحلى، كما لجأت اللواتى أُبعدن عن العمل لمرضهن لأساليب أخرى للتخفى تُمكنهن من الاستمرار فى العمل. وخلال الحرب العالمية الثانية كانت السلطات الصحيه قد استوعبت دروس الحرب العالمية الأولى فاتجهت الى طرق أكثر واقعية تقوم على التثقيف الصحى للجنود وبيان وسائل الوقاية من الإصابة بل تزويدهم بجموعة من وسائل الوقاية تصرف لهم مع تصريح الإجازة.

خلال العصور المختلفة اعتمدت المجتمعات الوعظ والإرشاد طريقة مثلى للسيطرة على «أ م ج» ولم تترك وسيلة ابتداء من الكتب والمقالات ودور العبادة إلا وأكدوا من خلالها فوائد الاستمساك بالفضيلة والطهر واعتبار الغريزة الجنسية وسيلة للإنجاب لا للمتعة الوقتية، ولعل أسلوب الوعظ كان أقل الوسائل تأثيرا فى الحد من انتشار «أ.م.ج» بسبب تجاهله للحقائق العلمية للسلوك الجنسى البشرى، كما تجاهلت أيضا حقيقة أن المهتمين بحضور الصلوات والوعظ أو بقراءة ما يكتب عن الفضيلة هم أساسا من الملتزمين الذين لا تنتشر بينهم تلك المجموعة من الأمراض، كما تناست التكوين السيكولوجى والثقافى للفئات الأكثر عرضة للإصابة بالـ «أ.م.ج».

خطط المكافحة قديما وحديثا

بعد اكتشاف البنسلين انخفضت أعداد المصابين بصورة ملحوظة خلال عقدين من الزمان ثم أخذت بعد ذلك فى الازدياد، ونبه ذلك الباحثين إلى عدم جدوى الاعتماد على العلاج الطبى وسيلة وحيدة

لمكافحة ومنع انتشار «أ.م.ج» مهما كانت فاعليته، فبدءوا فى استكشاف أنجح الطرق وأكفأها وأسرعها فى محاصرة «أ.م.ج»، وروعى فى تصميم تلك البحوث استبعاد جميع العوامل التى قد تؤثر فى صدق نتائجها. وكان لظهور الإيدز وانتشاره وما صاحب ذلك من ضجة إعلامية أثر فعال فى زيادة الاهتمام بالأمراض المنقولة جنسيا. وقد ساعد على إجراء البحوث المذكورة التمويل السخى الذى قدمته الحكومات المختلفه (بعد أن كانت سياستها تجاه «أ م ج» تتسم بالإهمال والشح) وتكونت الجمعيات غير الحكومية لتشارك فى توفير التمويل، كما لعبت المؤسسات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية دورا محوريا فى التخطيط والتنسيق بين المهتمين فعقدت المؤتمرات العلمية ومولت البحوث بسخاء فكان العائد العلمى عظيما. وجاءت نتائج البحوث لتؤكد أن برامج المكافحة لابد وأن تشمل عدة أوجه يكمل بعضها البعض وأن التركيز على أسلوب واحد مآله الفشل، فلابد أن يصاحب العلاج الدوائى استراتيجيات تكفل عدم انقطاع المرضى عن العلاج والمتابعة، كذا عقد جلسات المشورة بين الطبيب والمرضى يحدثهم فيها الطبيب عن مرضهم ويزودهم بالمعلومات الصحيحة اللازمة عن السلوك الذى يجب اتباعه لمنع انتشار العدوى للآخرين وكيفية حماية أنفسهم مستقبلا، ويحاول إقناع المصاب بإحضار الأشخاص الذين اتصل بهم جنسيا خلال الفترة السابقة للفحص والعلاج (سياسة أو أسلوب تتبع المخالطين) والتعرف على الحالة المزاجية للمريض بما يساعد على فهم الظروف التى تدفعه للسلوكيات التى تؤدى الى الإصابة بعدوى جديدة أو إلى نقل العدوى لمخالطيه. وتحتاج جلسات المشورة الى تدريب طويل واتساع أفق وثقافة للقائمين بها، ويتطلب تدريب تلك الكوادر استثمارات كبيرة ولكنها بلا شك تؤتى ثمارها.

إلى جانب الرعاية الطبية بشقيها (تيسير الحصول على العلاج الدوائى وأسلوب المشورة) تلعب برامج التثقيف الطبى للجماهير دورا لا يستهان به ويتم عن طريقها تكوين رأى عام عن أساليب الوقاية وأماكن تقديم الخدمات وكيفية الحصول عليها كذا عن طريق تجنب السلوكيات الخطرة التى تؤدى إلى اكتساب المرض ونشره بين الآخرين وأهمية العلاج المبكر.. الخ.

وينبغى أن يبتعد التثقيف الصحى عن أساليب الوعظ والترهيب، وأن يتسم بالمصارحة والشفافية والقدرة على مناقشة الكثير من الموضوعات المحرجة والتى جرى العرف الاجتماعى ألا تذكر فى مناقشة عامة أوالميديا (وسائل الإعلام)، كما يجب أن تدرج مواضيع الجنس فى مقررات المدارس والجامعات لتكون مصدرا بديلا للملعومات الخاطئة التى يكتسبها الصغار والشباب من أقرانهم؛ كذا تشجيع الآباء والأبناء على مناقشة موضوعات الجنس داخل نطاق الأسرة بأسلوب تربوى صحيح يكفل انتشار المعلومات العلمية بين أفراد المجتمع. كما يجب مراعاة مناسبة أسلوب العرض والاقتراب من المشكلة الفئة الثقافية الاجتماعية المستهدفة، وبالطبع سوف يختلف أسلوب عرض المعلومات والاقتراب من الموضوع إذا كان المتلقون مجموعة من طلاب الجامعة أو مجموعة من العاملين بالفنادق أوالعمال فى مصنع أو من يمتهنون الدعارة. ويجب اللجوء إلى جميع الوسائل المتاحة لنشر الثقافة الصحية الجنسية شاملة البرامج التليفزيونية الحوارية والمسلسلات والجرائد والمسرح والفن التشكيلى والسينما والبرامج العلمية كما يجب أن تستخدم كل وسيلة من تلك الوسائل لتوصيل الجزئية المعلوماتية التى يمكنها نقلها بكفاءة، فتتكامل الجزئيات فيما بينها حتى تصل بالمتلقى إلى الاقتناع التام بما يوجه إليه، فيتبنى المعلومة وينفذها وينشرها بدوره. تحتاج

برامج التثقيف الصحى إلى تضافر جهود العديد من المتخصصين فى الطب وتخصصات أخرى مثل علم الاجتماع وعلم النفس وعلم النفس التربوى والإعلامى والفن يعملون سويا كفريق متناغم يترجم الأهداف إلى استراتيجيات فعالة تؤدى الأغراض المنشودة. وأود أن أؤكد على كلمة «فعالة» فكم من استراتيجيات تبنتها السلطات الصحية فى الماضى لم تؤت ثمارها، وكان ذلك بسبب عدم ترجمة الهدف العام وهو الحد من انتشار «أ.م.ج» إلى أهداف تحتية تعالج الأوجه المختلفة للمشكلة بواسطة فريق عمل يمثل جميع الاتجاهات.

وكان التركيز على عامل واحد سببًا فى فشل الاستراتيجيات التى طبقت فى الماضى، فعندما اتخذت الولايات المتحدة قرارها بالاشتراك فى الحرب العالمية الأولى عام ١٩١٥ وبدأت فى الاستعداد كانت مشكلة انتشار «أ.م.ج» بين الجنود أحد الأمور التى أولتها اهتماما خاصا حتى لا تؤثر الإصابة بها على القدرات القتالية للجنود، وقد تبنت السلطات الأمريكية آنذاك استراتيجية الوعظ وأخذت تحث الجنود على الالتزام بالفضيلة والابتعاد عن معاشرة الساقطات، وأصدرت الأوامر المشددة بعقاب أى جندى يضبط فى مكان قريب من الأحياء المشبوهة التى توجد بها بيوت الدعارة، والملاهى الليلية والحانات. كما ركزت أيضا إلى جانب شرح مزايا التمسك بالفضيلة للإنسان على الحط من قيمة الإنسان الذى لا يستطيع السيطرة على غرائزه وأن ذلك يضعه فى مرتبة أقرب للحيوان ناسين أن الحيوان أرقى من البشر فيما يتعلق بالجنس، حيث لا يمارس الجنس سوى فى موسم التزاوج ولا يمارسه مع مثله (ذكر مع ذكر أوأنثى مع أنثى). استمرت حملات التوعية داخل معسكرات الإعداد والتدريب بالولايات المتحدة. وكما هى العادة منذ بدء التاريخ تتجمع حول المعسكرات الملاهى والمطاعم والمحلات

التجارية وكل ما قد يحتاجه الجنود للترفيه؛ وبالطبع أيضا العاهرات أو «ممتهنات الجنس التجارى» حسب التعبير المحبب لدى الغرب الآن، وسرعان ما تكونت البؤر حول المعسكرات فنتج عن ذلك ظهور حالات قليلة من الزهرى والسيلان فى البداية سرعان ما زادت بشكل وبائى؛ ولمواجهة الموقف الجديد الذى كشف عن عدم نجاح التوعية والوعظ فى الوقاية اتفق الرأى على اتباع الأساليب البوليسية مع المصادر المحتملة للعدوى، فقاموا باعتقال المومسات وعزلهن وإغلاق الأماكن المشبوهة، ولم تفلح تلك الإجراءات فى معالجة الموقف الذى استمر فى التدهور ليؤكد عدم فاعلية الحلول المبنية على التصدى لعامل واحد فى السيطرة على الأوبئة المنقولة جنسيا واستكشاف حلول مختلفة.

علاج الأمراض المنقولة جنسيا

عند تخطيط وتصميم علاج الأمراض المنقولة جنسيا يوضع فى الاعتبار ثلاثة عوامل:

١ ـ حماية المجتمع من انتشار العدوى.

٢ ـ حماية المريض من المضاعفات وتحييده كمصدر محتمل لنشر العدوى.

٣ ـ طبيعة الشخصية التى تصاب عادة؛ فهى إما الشخصية التى يغلب عليها الاستهتار واللامبالاة ذات التاريخ فى الإصابة المتكررة، أو الشخصية التى أصيبت نتيجة نزوة عارضة فهوقلق خائف يشعر بالعار، ولكل شخصية أسلوب مختلف فى التعامل معها لضمان التزامها بالعلاج.

استقر الرأى على أن يشمل العلاج (وهو ما اتفق على تسميته إدارة

الحالة لكى نفرق بين العلاج الدوائى وباقى بنود العلاج) ثلاثة بنود رئيسية وهى العلاج الدوائى ومتابعة الحالة والإرشاد.

العلاج الدوائى

يختلف العلاج الدوائى حسب المسبب وتُصدر منظمة الصحة العالمية كل فترة توصيات للجهات المعنية لأفضل الطرق وللتطورات فى العلاج لنشرها على الأطباء الممارسين.

المتابعـــــة

تهدف للتأكد من التزام المريض بالعلاج وتمام شفائه وعدم وجود أمراض أخرى قد يكون أصيب بها ولم تكن مكتشفة عند أول فحص نظراً لطول مدة حضانتها (مثل الزهرى والإيدز). يتم فحص المريض بعد أسبوع من تناول العلاج ثم بعد ٣ شهور حيث تجرى له اختبارات الدم للزهرى والإيدز.

المشـــــورة

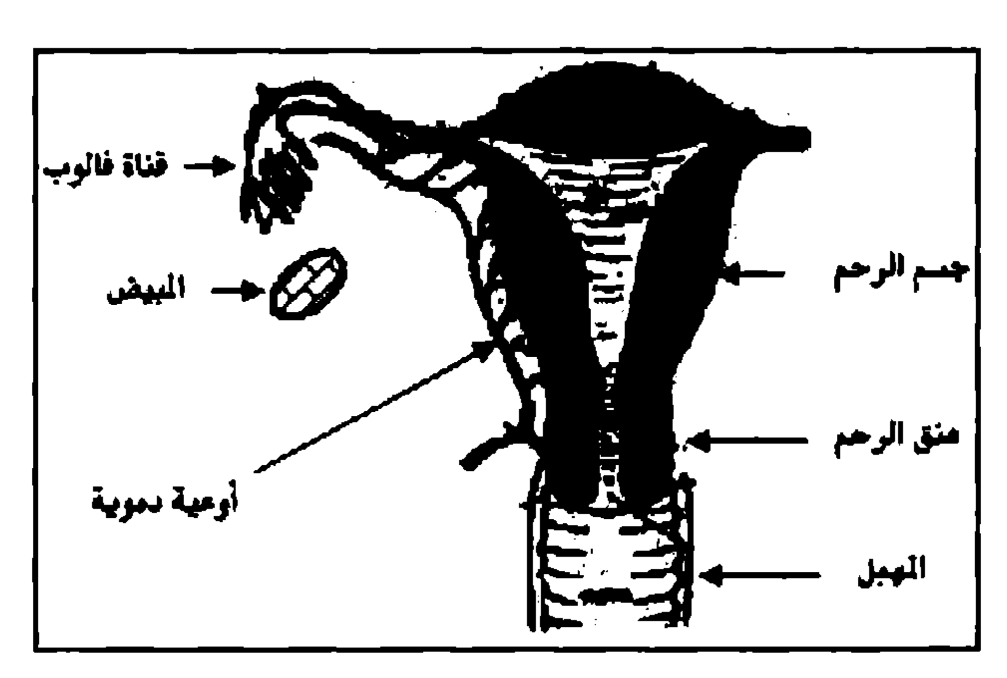
تحتاج المشورة إلى مهارة خاصة لابد أن تتوافر فيمن يقوم بها حتى يكتسب ثقة المريض ويوفر له المناخ الذى يدفعه للصراحة والصدق والشفافية ويجعله قابلاً للأخذ بالنصيحة. وعادة ما تشمل المشورة أساليب الوقاية، وأسماء من اتصل بهم جنسياً فى الفترة الأخيرة وتشجيعه على أن يحث أولئك المخالطين للفحص والعلاج؛ كذا الإجابة بأسلوب علمى موضوعى عن كل التساؤلات التى قد يطرحها المريض.

الفصل الخامس

تركيب الجهاز التناسلى

الجهاز التناسلى للأنثى

يتكون الجهاز التناسلى الداخلى للأنثى من المبيض وقناة فالوب وجسم الرحم وعنق الرحم والمهبل وتوجد داخل الحوض، وتقع المثانة وقناة مجرى البول أمامه تفصلهما عن عظام العانة، كما يقع المستقيم وقناة الشرج خلفهما.



شكل رقم (١) الأعضاء التناسلية الداخلية للأنثى

المبيض: يحتوى على البويضات التى تنشط بعد البلوغ بتأثير هرمونات الغدة النخامية. تنمو بويضة واحدة فى الحجم خلال النصف الأول من الدورة الشهرية ثم تنحل الخلايا المحيطة بها لتخرج إلى فراغ الحوض ومنه إلى قناة فالوب مستعدة للإخصاب. وتقوم الخلايا المحيطة بالبويضة بإفراز هرمون الإسترين خلال النصف الأول من الدورة بينما تفرز هرمون البروجسترون خلال النصف الثانى من الدورة.

قناة فالوب: قناة بوقية الشكل يتصل أحد طرفيها بالرحم، وظيفتها توصيل البويضة إلى الرحم، وفيها يتم التقاء الحيوان المنوى مع البويضة حيث يتحدان لتكوين الزيجوت الذى ينتقل بفعل انقباضات عضلات قناة فالوب إلى الرحم.

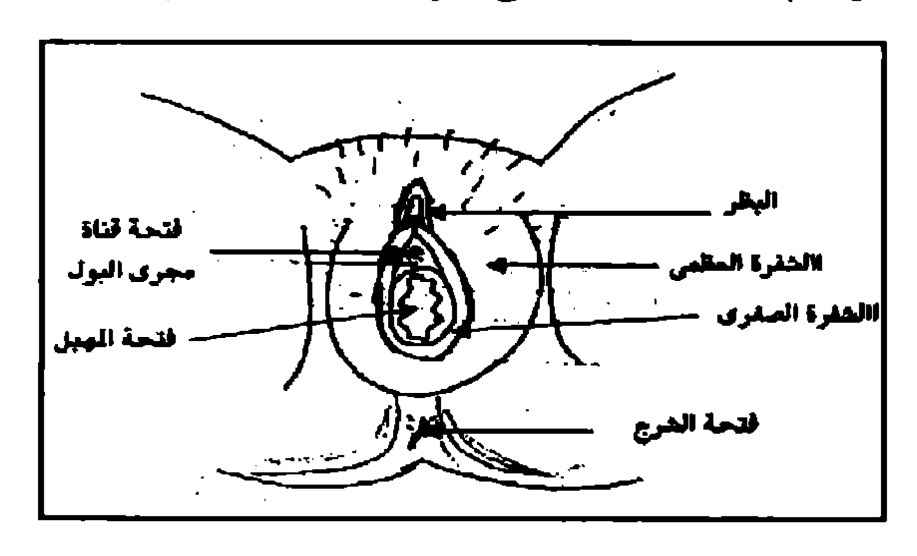
الرحم : يتكون من جزئين: الجسم والعنق.

جسم الرحم : جسم مخروطى الشكل ذو جدار عضلى سميك، يغطيه من الخارج الغشاء البريتونى، بينما تبطن طبقة تسمى الغشاء الداخلى أوالأندومتريوم الفراغ الداخلى لجسم الرحم. يتغير تركيب الغشاء الداخلى خلال الدورة الشهرية متأثرا بالتغيرات الهرمونية التى تتتابع أثناءها، ففى بداية الدورة يكون الغشاء رفيعا ثم يزداد سمكا تحت تأثير هرمون الإسترين الذى يفرزه المبيض خلال النصف الأول من الدورة. وعند حدوث التبويض فى منتصف الدورة، تنطلق البويضة لتلقطها قناة فالوب حيث تمر منها فى طريقها إلى فراغ الرحم، فإن صادفت حيوانا منويا أثناء مرورها بالقناه تم التلقيح وبدأ تكوين الجنين. الذى يُثبت نفسه فى غشاء الرحم (الأندومتريوم) المُعد بواسطة هرمون البروجسترون لاستقباله، وفى تلك الحالة يستمر المبيض فى إفراز ذلك الهرمون طوال مدة الحمل. أما إن لم تصادف البويضة حيوانا منويا ولم

يتم تلقيحها فإنها تبقى داخل فراغ الرحم بدون تثبيت وفى تلك الحالة يتوقف المبيض عن إفراز الهرمونات مؤقتا فيؤدى ذلك إلى انفصال الغشاء الداخلى عن جدار الرحم ونزوله من المهبل مصحوبا بكمية من الدم وهو ما يطلق عليه الحيض، حيث تتكرر الدورة مرة أخرى بعد نهايته. وتستغرق الدورة الشهرية ثمانية وعشرين يوما فى المتوسط تشمل فترة الحيض (أربعه إلى خمسة أيام).

عنق الرحم : يتصل بالجزء الأسفل من جسم الرحم وهو أسطوانى الشكل له جدار سميك تخترقه قناة طولية تسمح بمرور الحيوانات المنوية من المهبل للداخل كذا دم الحيض من الرحم للخارج من خلالها.

المهبل : قناة عضلية تمتد من عنق الرحم حتى فتحة المهبل الخارجية يغطيها نسيج طلائى (غشاء مخاطى) مكون من صف واحد من الخلايا فى البنات قبل سن البلوغ ثم يزداد سمكا تحت تأثير هرمون الإسترين بعد البلوغ ليتحول إلى غشاء سميك مكون من عدة طبقات من الخلايا توفر الحماية االلازمة للمهبل. تفرز الخلايا المبطنة لجدار المهبل إفرازات مخاطية لترطيب الغشاء المخاطى وتزيد كميتها عند الإثارة الجنسية.



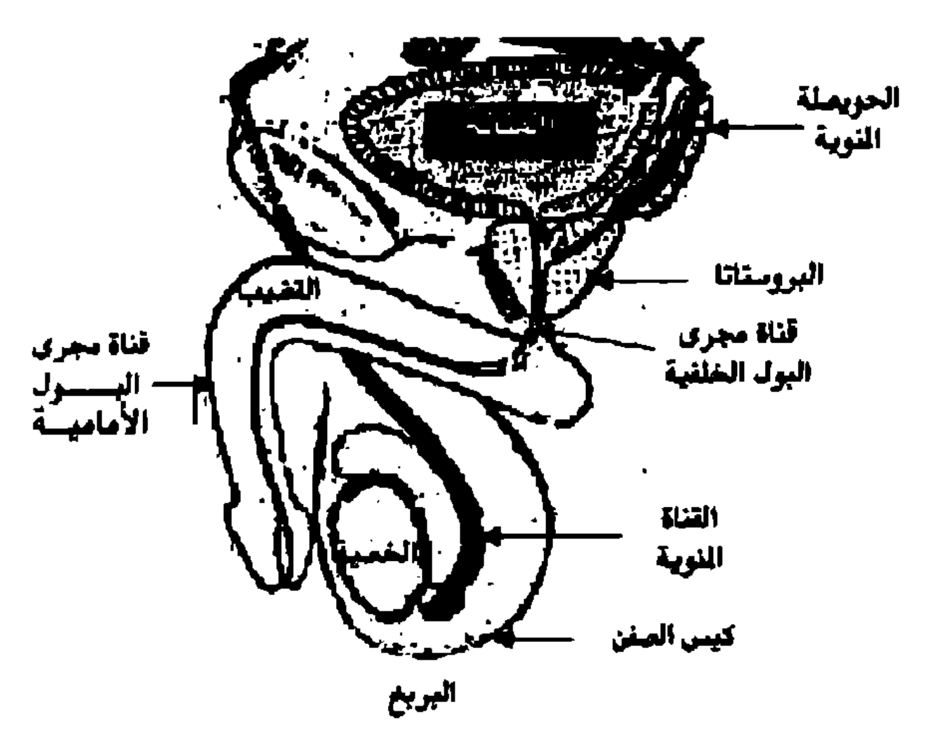
شكل رقم (٢) الأعضاء التناسلية الخارجية فى الأنثى

الأعضاء التناسلية الخارجية فى الأنثى

تتكون من الشفرتين الكبيرتين على كل جانب والشفرتين الصغيرتين داخلهما، وبالتتابع من أعلى إلى أسفل نجد البظر (نظير القضيب فى الذكور) ثم فتحة قناة مجرى البول تليها فتحة المهبل الخارجية التى يفصلها العجان عن فتحة الشرج.

الجهاز التناسلى للذكر

يتكون الجهاز التناسلى فى الذكر من القضيب وكيس الصفن الذى يحتوى الخصيتين وملحقاتهما (أوعية دموية، أعصاب) والبربخ والقنوات الناقلة والغدد الملحقة بها.



شكل رقم (٣) الجهاز التناسلى للذكر

القضيب : يتكون من ثلاثة أجسام من نسيج إسفنجى يحيطها جدار سميك من نسيج ليفى أبيض اللون. ويطلق على الجسمين الأساسيين اسم الأجسام الكهفيه، بينما يسمى الجسم الثالث الأصغر اسم الجسم الإسفنجى، تمر قناة مجرى البول الأمامية خلال الجسم الإسفنجى وتنتهى بفتحة قناة مجرى البول الخارجية.

كيس الصفن : كيس مكون من جلد وطبقة من العضلات اللاإرادية يحتوى الخصيتين وملحقاتهما.

الخصية : تماثل المبيض فى المرأة، ووظيفتها إنتاج الحيوانات المنوية وإفراز هرمون الذكورة، ويقوم نوعان مختلفان من الخلايا بأداء كل وظيفة.

البربخ : جسم يتكون من قناة ناقلة ملتفة حول نفسها تتصل إحدى نهايتيها بالخصية والأخرى بالوعاء الناقل للمنى.

الوعاء الناقل للمنى : أنبوبة دقيقة تمتد من البربخ إلى أعلى لتدخل تجويف البطن حيث تتحد مع قناة الحويصلة المنوية لتكون قناة أخرى تسمى قناة القذف، التى تخترق غدة البروستاتا لتصب فى قناة مجرى البول الخلفية.

الغدد الملحقة : وهى التى تفرز السوائل المنوية حيث يتكون إفراز المنى من ٥٪ حيوانات منوية (تنتجها الخصيتان) و٩٥٪ سوائل تنتجها الغدد الملحقة وهما الحويصلة المنوية وغدة البروستاتا. تقع البروستاتا أسفل المثانة حيث تحيط بقناة مجرى البول الخلفية وتصب إفرازها فيها من خلال فتحات متعددة، أما الحويصلة المنوية فتقع خلف غدة البروستاتا فى فراغ الحوض وتتحد قناتها مع الوعاء الناقل القادم من الخصية لتكون قناة موحدة (قناة القذف) تصب هى الأخرى فى قناة مجرى البول الخلفية.

قناة مجرى البول : لقناة مجرى البول أهمية خاصة فى كتب الأمراض المنقولة جنسيا نظرا لكونها الجزء الذى يصيبه ميكروب السيلان. يبلغ طول قناة مجرى البول ١٩ سم فى الذكور (٤سم فى الإناث) وتتصل بالمثانة من أعلى وتنتهى فى آخرها بفتحة البول الخارجية.

وتنقسم قناة مجرى البول فى الذكور تشريحياً إلى جزئين: الجزء الأول القريب من المثانة ويسمى قناة مجرى البول الخلفية وتحيطه غدة البروستاتا وتفتح فيه قناة القذف وقنوات البروستاتا، أما الجزء الثانى (قناة مجرى البول الأمامية) فيخترق الجسم الإسفنجى للقضيب لينتهى بفتحة البول.

يغطى قناة مجرى البول نسيج طلائى مكون من طبقة واحدة من الخلايا. تتصل بقناة مجرى البول الأماميه غدد ميكروسكوبية تسمى غدد ليترى Littre تفرز سائلا مخاطيا يسمى «المزى» وظيفته ترطيب الخلايا الطلائية وتنظيف القناة من آثار البول استعدادا لاستقبال السائل المنوى. ويُفَرَز المزى عند الإثارة الجنسيه ويخرج من فتحة البول على شكل سائل شفاف لزج.

الباب الثانى
الأمراض المنقولة جنسيا
الأعراض ـ العلاج ـ الوقاية

الفصل الأول

مرض السيلان

يشى اسم «السيلان» بأهم أعراض المرض التى تتجلى فى صورة نزول إفراز صديدى من فتحة مجرى البول الخارجية فتلوث الملابس الداخلية للمريض، وعادة ما يصاحب نزول الإفراز الشعور بحرقان أثناء التبول. تظهر تلك الأعراض نتيجة التهاب الغشاء الطلائى لقناة مجرى البول الأمامية إما بسبب الإصابة بأحد الميكروبات التى تنتقل للمريض أثناء الاتصال الجنسى، أو نتيجة عوامل أخرى نادرة تسبب التهاب الغشاء المخاطى.

المسببات (جدول رقم ١):

نظراً لتعدد أسباب السيلان جرى تقسيمها الى أسباب شائعة وأخرى نادرة، والأسباب الشائعة ثلاثة: الإصابة بميكروب السيلان الجونوكوكى (الجونوكوك) (Neisseria gonorrhoea) والكلاميدا (كلاميديا تراكوماتيس) (Chlamydia trachomatis) وطفيل الترايكوموناس

(طفيل وحيد الخلية) (Trichomonas)، أما الأسباب النادرة فكثيرة، منها الميكروبى مثل إصابة قناة مجرى البول بفيروس الهربس البسيط أو فيروس السنط أو الزهرى أو بعض الميكروبات المعوية، ومنها ما ينجم عن عوامل أخرى تؤدى إلى تهييج الغشاء المخاطى والتهابه مثل مرور حصوة صغيرة أو بللورات (رمل) الأكسالات مع البول. يلجأ البعض إلى تقطير سوائل مطهرة داخل فتحة البول عقب المعاشرة الجنسية اعتقادا منهم أن ذلك يحميهم من الإصابة بالسيلان (أو كوسيلة للحصول على إجازة مرضية) مما يؤدى إلى التهاب حاد بالأغشية المخاطية وظهور أعراض السيلان ويسمى «سيلان كيميائى».

جدول (رقم١)

مسببات السيلان

السيلان السيلانى : *** الجونوكوك** **السيلان غير السيلانى :** *** أسباب ميكروبية :** **- كلاميديا تراكوماتيس** **- فيروس السنط** **- الزهرى** **بعض الميكروبات المعوية** *** عوامل غير ميكروبية تؤدى إلى تهيج الغشاء المخاطى :** **- مرور حصوة صغيرة أو بللورات رمل (الأكسالات مع البول)** **- إدخال مناظير أو قسطرة.**

نبذة عن أهم الميكروبات المسببة للسيلان وأكثرها شيوعا

١ ـ الجونوكوك (Neisseria gonorrhoea): ينتمي ميكروب الجونوكوك إلى فصيلة المكورات من البكتريا[١] وله شكل مميز يشبه حبة الفاصوليا، سلبى لصبغة جرام[٢] ويمكن مشاهدته بالميكروسكوب العادى عند فحص عينة من الإفراز بعد تثبيتها وصبغها حيث يشاهد الميكروب داخل الخلايا البيضاء (خلايا الصديد) فى مجموعات من اثنين وهذا يفرقها إلى جانب شكلها المميز وسلبيتها لصبغة الجرام عن باقى الميكروبات. ويمكن زراعة الجونوكوك على بعض المزارع البكتيرية الخاصة.

٢ ـ الكلاميديا (Chlamydia trachomatis): كائن ميكروبى يختلف عن البكتيريا والفيروسات[٣]. تسبب بعض سلالاته (سلالات د، هـ، و) السيلان غير السيلانى[٤]

---

(١) تنقسم البكتيريا حسب شكلها إلى أربعة فصائل : المكورات أو الكوك ذات شكل مستدير ، العصويه أو الباسيل مستطيلة الشكل، اللولبية، والواوية أو الفيبريو

(٢) تنقسم البكتيريا إلى نوعين حسب قابليتها للاصطباغ بصبغة جرام إلى نوعين السلبى ويتلون باللون الأحمر والإيجابى بالأزرق.

(٣) تختلف الكلاميديا عن البكتيريا فى الحجم فلا ترى بالميكروسكوب العادى ولا تنمو على مزارع البكتيريا العادية وتشابهها فى استجابته لبعض المضادات الحيوية ويختلف عن الفيروسات فى بعض الصفات مثل الحجم والاستجابة للمضادات الحيوية ويشابهها فى احتياجه لخلايا حية لزراعته؛ ولذا يصنفها العلماء كجنس مستقل.

(٤) يوجد العديد من سلالات الكلاميديا تسبب كل منها مرضا معينا، وعلى سبيل المثال يوجد من جنس الكلاميديا تراكوماتيس عدة سلالات يطلق عليها ، سلالة أ ، ب، ج...الخ. تسبب السلالات أ ، ب ، ج مرض التراكوما (الرمد الحبيبى) الذى يصيب العين، بينما تصيب سلالات د هـ و قناة مجرى البول محدثة السيلان غير السيلانى، أما سلالات ل١ ، ل٢ فتسبب مرضا تناسليا مختلفا يسمى اللمفوجرانيولوما (حبيبوم لمفى أربى) سيأتى ذكره فيما بعد

٣ ـ التريكوموناس (Trichomonas vaginalis) : طفيل وحيد الخلية يتحرك بواسطة هدب وحيد، يعيش فى المهبل وقد ينتقل إلى قناة مجرى البول فى الرجال أثناء الجماع مسببا نوعا آخر من السيلان غير السيلانى.

طرق انتقال العدوى

١ ـ **الانتقال المباشر**: الجونوكوك ميكروب ضعيف لا يتحمل التغيرات الطفيفة فى درجة الحرارة ودرجة الحموضة والرطوبة ويموت سريعا خارج الجسم، ونتيجة لذلك لابد من أن تنتقل عدواه بالطريقة التى تكفل الانتقال المباشر من جسم لآخر دون التعرض لعوامل الخطر وبالتالى يصبح الاتصال الجنسى أنسب وسيلة لتحقيق الانتقال الآمن للميكروب. الاتصال الجنسى مسئول عن العدوى فى ٩٩٪ من البالغين فى الجنسين، وقد يزعم بعض المصابين بدافع الخجل أن إصابتهم حدثت نتيجة استخدام فوط أو أدوات ملوثة أو مرحاض فى مكان غريب، غير أن العلم أثبت عدم صحة تلك الادعاءات. يصيب الجونوكوك بعض المناطق الأخرى بخلاف الأعضاء التناسلية كالحلق والمستقيم عن طريق الاتصال الجنسى الشاذ مثل الجماع الفموى[١] أو الجماع الشرجى [٢].

٢ ـ **الانتقال غير المباشر**: يمكن للجونوكوك إصابة الغشاء الطلائى للمهبل والفرج فى البنات قبل سن البلوغ عن طريق استعمال أدوات

---

(١) الجماع الفموى: استعمال الفم واللسان فى لعق الأعضاء التناسلية للطرف الآخر.

(٢) الجماع الشرجى: إيلاج العضو الذكرى فى الشرج.

ملوثة بالميكروب، ويرجع ذلك إلى أن المساحة المعرضة من الغشاء المخاطى فيهن كبيرة وأيضا إلى طبيعة الغشاء الطلائى قبل البلوغ حيث يتكون من طبقة واحدة من الخلايا بعكس مثيله فى البالغات الذى يتكون من عدة طبقات من الخلايا تقاوم الإصابة. قد تصاب العين فى حالة تلوث الملتحمة بالميكروب أثناء الولادة أو عن طريق ملامسة أصابع أو مناشف ملوثة.

أعراض السيلان فى الرجل

تظهر الأعـراض بعد العدوى بفترة زمنية تسمى مدة الحضانة، تختلف حسب نوع الميكروب المسبب، فتبلغ ٣ ـ ٥ أيام فى السيلان الجونوكوكى، وأسبوعا إلى أسبوعين فى حالات الإصابة بالكلاميديا. تبدأ الأعراض بالشعور بألم أثناء التبول (حرقان) مع خروج إفراز مستمر من فتحة قناة مجرى البول، وخلال اليوم الأول تكون كمية الإفراز قليلة، مخاطية القوام ثم تزيد كميته اعتباراً من اليوم الثانى فيصبح غزيرا غليظ القوام ذا لون أصفر مائل للاخضرار (صورة رقم ١). وإذا لم تعالج الحالة (بسبب إهمال المريض أو خجله) تستمر الأعراض بنفس الشدة لمدة عشرة أيام ثم تبدأ فى النقصان تدريجيا حتى تختفى أو تكاد، ويكون المريض فى تلك المرحلة الأخيرة معديا لغيره بالرغم من قلة الأعراض التى يشعر بها وتسمى تلك المرحلة «مرحلة الكمون» .

تتشابه أعراض السيلان غير الجونوكوكى مع أعراض السيلان الجونوكوكى إلا أنها أقل حدة منذ البداية كذا يكون الإفراز مخاطياً معرقاً ببعض الصديد الأصفر ويوصف ذلك النوع من الإفراز بأنه «مخاطى صديدى».

إفرازات قناة مجرى البول فى الذكور

لا شىء يثير فزع الرجال مثل نزول إفراز من فتحة قناة مجرى البول حتى وإن لم يصاحبها أعراض أخرى، ومن المعروف أن الإفرازات قد تكون طبيعية أو مرضية (السيلان).

الإفرازات الطبيعية فى الرجال

١ ـ المَزْى: سائل رائق شفاف مخاطى القوام يخرج من فتحة قناة مجرى البول الأمامية أثناء الإثارة الجنسية سواء صاحبها انتصاب أم لا. تفرز غدد ليترى Littre المزى كوسيلة لتنظيف قناة مجرى البول الأمامية من آثار البول تمهيدا لاستقبال السائل المنوى فيما بعد.

٢ ـ الوَدْى: سائل غليظ القوام لونه أبيض مائل للصفرة يخرج من فتحة قناة مجرى البول الأمامية عند الحزق أثناء التبرز أو فى نهاية البول. يتكون الودى من إفرازات غدة البروستاتا المخزونة نتيجة عدم التصريف المنتظم بالجماع أو الاستحلام وينظر اليه كإفراز زائد عن الحاجة.

يتساءل البعض عما إذا كان نزول أى من الإفرازين يوجب الاغتسال واستفتينا العلماء فى ذلك فأفادوا بأنه ينقض الوضوء ولا يسبب الجنابة.

أعراض السيلان فى المرأة

يصيب السيلان فى المرأة قناة مجرى البول وعنق الرحم فى البداية، ومن ثم ينتقل فيما بعد إلى باقى أجزاء الأعضاء التناسلية مثل قناة فالوب وغدد بارثولين. تتمثل الأعراض الأساسية فى إفراز مهبلى أصفر اللون

غليظ القوام أو إفراز مماثل يخرج من فتحة قناة مجرى البول يصحبه الشعور بحرقان أثناء التبول.

لا تلفت الأعراض نظر المصابة فى معظم الأحيان (٧٠٪) لعدة أسباب أهمها، اعتياد الكثيرات نزول إفرازات مهبلية بحيث لا تتنبه المصابة إلى تغير طبيعة الإفراز أو كميته، كما أنها قد لا تستطيع مشاهدة إفراز قناة مجرى البول لاختلاطه بباقى الإفرازات فلا تتمكن من تحديد مصدره. فى كثير من الحالات تكون إصابة الطرف الآخر بالسيلان أول مؤشر لإصابة المرأة بالمرض. وهكذا تختلف الأعراض بين الجنسين: فتكون واضحة ظاهرة للعيان فى الذكور، بينما تكون كامنة فى الإناث مما يؤدى إلى التأخير فى العلاج والمساهمة فى نشر المرض؛ ولذا يجب دائماً فحص المخالطين للمريضة أو المريض.

الإفراز المهبلى

يظهر الإفراز المهبلى بصفة عاديه عند معظم الإناث وتختلف بينهن كميته وطبيعته من حيث اللون والقوام والرائحة، كذا تختلف تلك الخصائص فى نفس الشخص من وقت لآخر. وتنقسم أسباب الإفراز المهبلى إلى قسمين رئيسيين: إفراز فسيولوجى (طبيعى) وباثولوجى (مرضى) وقد ينتج الأخير عن أمراض لا علاقة لها بالاتصال الجنسى أو عن أمراض منقولة جنسيًا.

مضاعفات السيلان

تتشابه المضاعفات فى كل من السيلان الجونوكوكى وغير الجونوكوكى ويمكن تقسيمها إلى مضاعفات موضعية تصيب الجهاز البولى والتناسلى ومضاعفات عامة تحدث فى باقى أعضاء الجسم.

نادرة الحدوث وتتشابه فى الجنسين.

١ ـ **انتشار الجونوكوك عن طريق الدم** (التسمم الدموى) يصيب (١٪) من مرضى السيلان وينتج عنه التهاب المفاصل وطفح جلدى على هيئة نقط حمراء صغيرة تغطيها قشور سوداء. والنساء أكثر عرضة للإصابة بتلك المضاعفات بالمقارنة بالرجال وعادة ما يبدأ الانتشار فى فترة الحيض نتيجة لسهولة تسرب الميكروب من خلال الأوعية الدموية للرحم (التى تكون مفتوحة أثناء الطمث) إلى مجرى الدم.

٢ ـ **طفح جلدى**

٣ ـ **التهاب المفاصل**: يتورم المفصل المصاب وترتفع درجة حرارته ويشعر المريض بألم أثناء الحركة. وقد أمكن عزل الجونوكوك من الدم وسائل المفصل كذا من الطفوح الجلدية المصاحبة.

٤ ـ **الرمد الصديدى الجونوكوكى** يصيب حديثى الولادة حيث تتم العدوى أثناء الولادة، وقد تسبب التهاب العين الجونوكوكى فى الماضى فى كثير من حالات فقد الإبصار (العمى)، وقد أصبح تقطير عيون الطفل بمضاد حيوى عقب الولادة من الإجراءات الروتينية تحسبا لأى عدوى. وفى البالغين يمكن أن ينتقل الميكروب من الأعضاء التناسلية للعين بواسطة الإصبع أو عن طريق منشفة ملوثة.

٥ ـ **خراج بالأنسجة المحيطة بالكبد.**

٦ ـ **التهاب الغشاء المبطن لعضلة القلب وصماماته.**

٧ ـ **التهاب الأغشية السحائية للمخ.**

المضاعفات الموضعية فى الرجال

١ ـ **خراج بالقضيب يحيط بقناة مجرى البول:** نتيجة تسرب الميكروب من الغشاء الطلائى إلى الأنسجة المحيطة به.

٢ ـ **التهاب مزمن فى غدد ليترى** Littre's glands المتصلة بقناة مجرى البول حيث يكمن فيها الميكروب مسبباً إفرازا بسيطاً يتجمع فى قناة مجرى البول خاصة بعد فترات الامتناع عن التبول لعدة ساعات (أثناء النوم مثلا)، وقد يحتاج الأمر للضغط على القضيب كى يبرز الإفراز من فتحة البول. وعند فحص البول فى كأس زجاجية يمكن مشاهدة خيوط مخاطية صديدية رفيعة عالقة به .

٣ ـ **التهاب قناة مجرى البول الخلفية:** إذا تأخر علاج المريض أربعة أيام بعد ظهور الأعراض يمتد الالتهاب إلى قناة مجرى البول الخلفية والجزء المجاور لها من المثانة. يصحب التهاب قناة مجرى البول الخلفيه تغيرا فى الأعراض، فيشعر المريض بالرغبة الدائمة فى التبول ويزداد الإحساس بحرقان التبول وتزيد صعوبته، وقد يذهب المريض للتبول ليتخلص من بضع نقاط قليلة من البول ثم يشعر بالرغبة فى التبول مرة ثانية بعد دقائق. وتُعزى تلك التغيرات لالتهاب الترايجون (Trigone) (جزء من المثانة يتصل بقناة مجرى البول وهو شديد الحساسية). بوصول الميكروب للقناة الخلفية ترتفع احتمالات امتداد العدوى إلى كل الأعضاء الأخرى المتصلة بها مثل البروستاتا والحويصلات المنوية والبربخ.

٤ ـ **التهاب البروستاتا :** يمر الميكروب من قناة مجرى البول الخلفية إلى البروستاتا خلال فتحات الغدة ليحدث التهابا قد يكون حادا ولكنه فى أغلب الأحوال مزمن.

٥ ـ **التهاب الحويصلات المنوية** يصاحب عادة التهاب البروستاتا وله نفس أعراضه بالإضافة إلى شعور بألم أثناء القذف ونزول سائل منوى مدمم (مختلط بدم).

٦ ـ **التهاب البربخ والخصية** : يتسرب الميكروب من قناة مجرى البول الخلفية إلى البربخ مسبباً التهابا حادًا سرعان ما يمتد إلى الخصية. يشعر المصاب بآلام شديدة فى منطقة كيس الصفن مع تورم وزيادة كبيرة مفاجئة فى حجم الخصية، وترتفع درجة حرارة المريض وتزيد الآلام بالحركة أو المشى. وقد ينتهى الالتهاب بتليف البربخ وانسداد قناته التى تقوم بتوصيل الحيوانات المنوية من الخصية إلى قناة القذف مما يؤدى للعقم.

٧ ـ **ضيق قناة مجرى البول**: بسبب تقرحات تصيب الغشاء الطلائى يعقبها تليفه. يعانى المريض من صعوبة بالغة فى إخراج البول. وقد لعبت أساليب العلاج القديمة دورا رئيسيا فى حدوث القرح وكانت تعتمد على إدخال مطهرات بواسطة قسطرة ولكنها أصبحت نادرة الحدوث بعد استخدام المضادات الحيوية.

المضاعفات الموضعية فى المرأة

١ ـ **التهاب غدة بارثولين** : تقع غدة بارثولين داخل الشفرة العظمى للفرج وتمتد منها قناة تفتح فى الزاوية بين الشفرة العظمى والشفرة الصغرى. يتسرب ميكروب السيلان من فتحة القناة ليحدث التهابا فى جسم الغدة. تشعر المريضة بألم حاد فى المنطقه مع تورم بالفرج ومن ثم يتطور الالتهاب إلى خراج يصحبه ارتفاع فى درجة الحرارة وشعور بآلام نابضة ثم لا يلبث أن يفتح الخراج للخارج.

٢ ـ **التهاب غدة سكين**: غدتان صغيرتان تفتحان فى بهو المهبل ويمكن رؤية الإفراز الصديدى المنبثق من فتحاتهما عند التهابهما.

٣ ـ **التهاب عنق الرحم المزمن**: يصيب الغشاء الطلائى المبطن لقناة العنق ويسبب إفرازا مهبليا وآلاما فى أسفل الظهر.

٤ ـ **التهاب قناة فالوب ومرض الحوض الالتهابى**: تنتقل ميكروبات السيلان من عنق الرحم إلى قناة فالوب عبر أغشية الرحم الداخلية، (الميكروب لا يصيب تلك الأغشية ولا ينجح فى مهاجمتها). تلتهب القناة عندما يصل إليها الميكروب ثم ينتشر الالتهاب إلى المبيض والغشاء البريتونى المحيط من خلال فتحة القناة الخارجية مسبباً ما اصطلح على تسميته «مرض الحوض الالتهابى (PID)» .

مناطق أخرى يصيبها السيلان

بالإضافة إلى الأعضاء التناسلية يصيب ميكروب السيلان الأغشية المخاطية للحلق والمستقيم والعين بطريق الإصابة المباشرة أو ينتقل للمفاصل والجلد عن طريق الدم.

التشخيص المعملى

لا ينبغى الاعتماد على الظواهر الإكلينيكية وحدها للتشخيص لسببين أولهما: الحساسية الاجتماعية للمرض والحاجة للتأكد قبل إبلاغ المريض بالتشخيص النهائى وثانيهما: لمعرفة المسبب قبل وصف العلاج لاختيار الدواء المضاد المناسب. وبالرغم من وجود بعض الفروق فى الأعراض والعلامات بين السيلان الجونوكوكى وغير الجونوكوكى تساعد الخبير على تخمين السبب فإن إبلاغ المريض بالتشخيص دون إجراء الفحوص المعملية يعتبر خطأ مهنيا جسيما.

فحص مسحة مصبوغة من الإفراز

يتم عمل مسحة من الإفراز بواسطة سلك رفيع ينتهى بحلقة بعد تعقيمه ثم يفرد الإفراز على شرائح زجاجية ويتم فحص العينة بالميكروسكوب بعد صبغها بصبغة جرام. يظهر ميكروب الجونوكوك (الذى يشبه حبة الفاصوليا) ملونا باللون الأحمر متراصاً فى مجموعات ثنائية داخل الخلايا الصديدية (صورة رقم ٢).

فى الحالات الناتجة عن الإصابة بالكلاميديا يبين الفحص وجود خلايا صديدية وطلائية فقط ويتم تشخيص الإصابه بطرق معملية حديثة تحتاج صبغات وميكروسكوبات خاصة.

تفيد طريقة الفحص الميكروسكوبى فى تشخيص ٩٠٪ من الحالات الحادة بدقة، لكنها قد تفشل فى بعض الحالات المزمنة نظرا لقلة أعداد الميكروب فى تلك الحالات وهنا يعتمد التشخيص على التزريع.

تزريع الميكروب

تلقح المزارع بكمية بسيطة من الإفراز ثم تحفظ المزارع فى محضن تحت درجة حرارة ٣٧ درجة مئوية لمدة ٤٨ ساعة، تظهر بعدها مستعمرات البكتيريا ثم يتم التعرف على مكونات المستعمرات بطرق عديدة. ونظراً للطبيعة الهشة لميكروب الجونوكوك تحتاج زراعته لرعاية وخبرة من قِبَل المعمل.

لا تنمو الكلاميديا على المزارع العادية وتتم زراعتها على خلايا حية، وقديما كانت تزرع على جنين الكتكوت ومع التقدم العلمى استبدلت بمزارع الخلايا العادية.

تحتاج حالات خاصة من السيلان إلى ضرورة اللجوء للزراعة حتى يمكن إثبات التشخيص مثل الحالات المزمنة أو تلك التى يكون الطب الشرعى فيها طرفا (مثل قضايا الخيانة الزوجية والاغتصاب ... إلخ).

العــــلاج

يشمل العلاج (أو ما اتفق حديثا على تسميته إدارة الحالة) الثلاثة بنود الرئيسية وهى العلاج الدوائى، ومتابعة الحالة والإرشاد.

العلاج الدوائى

يختلف العلاج الدوائى حسب المسبب :

أـ السيلان الجونوكوكى: يستجيب الجونوكوك للعديد من المضادات الحيوية والكيمائية وتكفى جرعة واحدة من عقار سيبروفلوكساسين ٥٠٠ مجم بالفم أو ٢٥٠ مجم من المضاد سيفترايا كسون بالحقن العضلى وذلك حسب توصيات خبراء منظمة الصحة العالمية. للجرعة الواحدة مزايا أهمها ضمان عدم تأثر نتائج العلاج إن لم يلتزم المريض بالانتظام فى تناول الجرعات فى مواعيدها.

ب ـ **الكلاميديا** : ٥٠٠ مجم من التتراسيكلين كل ٦ ساعات لمدة أسبوع إلى عشرة أيام، كما يمكن استعمال أحد مشتقات الإرثرومايسين بواقع ١ جم يوميا لنفس المدة.

ج ـ **يستجيب التريكوموناس** للعلاج بعقار مترونيدازول (فلاجيل) بجرعة ٥٠٠ مجم مرتين يوميا لمدة أسبوع الى أسبوعين.

المتابعـــة

وتهدف للتأكد من التزام المريض بالعلاج وشفائه وعدم وجود أمراض أخرى قد يكون أصيب بها ولم تكن موجودة عند أول فحص نظراً لطول مدة حضانتها مثل الزهرى والإيدز، يتم فحص المريض بعد أسبوع من تناول العلاج ثم بعد ٣ شهور حيث تجرى له اختبارات الدم للزهرى والإيدز.

المشـــورة

تشمل المشورة شرح أساليب الوقاية، وأسماء من اتصل بهم جنسياً فى الفترة الأخيرة وتشجيعه على أن يحث أولئك المخالطين على الفحص والعلاج، كذا الإجابة عن كل تساؤلات المريض بأسلوب علمى موضوعى.

أمراض ارتبطت فى الأذهان بالسيلان

سوف نعرض فى هذا الجزء باختصار لمرضين ارتبطا فى الماضى بالسيلان ثم كشفت الأبحاث عن مسببات أخرى عديدة لهما. الإلمام بتلك المعلومة يمنع سوء الظن بمن أصابه أحدهما ومن ثم اعتبار تلك الإصابة وصمة تشى بإصابته بالسيلان.

التهاب البروستاتا

تنقسم الأمراض التى تصيب البروستاتا إلى أمـراض التهـابية واحتقـانية وتضخمية (تضخم حميد يصيب كبـار الســن) وأورام

سرطانية. تقع غدة البروستاتا أسفل المثانة وتحيط بالجزء الخلفى من قناة مجرى البول، وتتصل بها بواسطة ست فتحات. يشكل إفراز البروستاتا حوالى ٩٠٪ من حجم السائل المنوى وينظم عملها هرمون الذكورة (الأندروجين).

تصل الميكروبات للبروستاتا بواسطة إحدى ثلاث طرق:

- من قناة مجرى البول الخلفية خلال فتحات الغدة بها.
- من شبكة الأوعية اللمفية المشتركة مع الأمعاء الغليظة.
- من الدم الذى يحمل ميكروبات من بؤرة صديدية بعيدة.

أهم مسببات التهاب البروستاتا

البكتيريا المعوية (E. coli)

بكتيريا سودوموناس (Pseudomonas aeruginosa)

بروتيوس (Proteus vulgaris)

الجونوكوك (Gonococcus)

الكلاميديا (Chlamydia trachomatis)

وتجمع معظم الدراسات على أن الجونوكوك مسئول عن ٥٪ فقط من حالات الالتهاب المزمن للبروستاتا، وهكذا ثبت أن معظم الحالات تسببها ميكروبات غير منقولة جنسيًا مصدرها الأمعاء أو بؤرة ميكروبية بعيدة وتصل للبروستاتا عن طريق الأوعية اللمفاوية أو عن طريق الدم؛ وبذا لا يعتبر التهاب البروستاتا وصمة تنم عن الإصابة بالسيلان. وقد ظلت تلك الحقيقة غائبة عن كثير من المرضى وبعض الأطباء مسببة مشاكل أسرية للمصاب المتأكد من اقتصار ممارسته الجنسية على الزوجة، وقد تلقى بذور الشك فى قلبه دون مبرر.

الأعـــراض

ينقسم التهاب البروستاتا لنوعين: حاد ومزمن.

التهاب البروستاتا الحاد

ترتفع درجة حرارة المريض ويشعر بآلام شديدة فى منطقة الحوض يصاحبها صعوبة فى التبول مع الشعور بالتعنية أثناء التبرز. وإن لم يتلق المريض العلاج المناسب فى صورة جرعات مكثفة من المضادات الحيوية يتحول الالتهاب الحاد إلى خراج فى البروستاتا وتسوء الحالة، ويحتاج الخراج إلى سرعة التدخل الجراحى لتفريغ الصديد المتكون داخله قبل أن ينفجر إما الى الأمام فى قناة مجرى البول أو خلفا فى المستقيم .

التهاب البروستاتا المزمن

قد تكون الأعراض قليلة وبسيطة بحيث لا تلفت نظر المريض حيث يكتشف المرض بمحض الصدفة، وقد يشعر بعرض أو أكثر من الأعراض التالية :

- **ظهور نقطة الصباح**: إفراز مخاطى قليل الكمية يتجمع فى قناة مجرى البول بعد الامتناع عن التبول لعدة ساعات ويظهر عادة فى الصباح، معتما يميل لونه للاصفرار.
- **أعراض بولية**: حرقان أثناء التبول مع كثرة عدد مراته.
- **ألم بسيط عميق فى منطقة العجان**[1](٧): يعبر عنه المريض بشعوره بثقل فى تلك المنطقة.

(١) ٧ ـ العجان: المنطقة الواقعة بين فتحة الشرج وكيس الصفن.

- أعراض جنسية: حتى سنوات قليلة ساد الاعتقاد بوجود علاقة بين التهاب البروستاتا المزمن وحدوث بعض الاضطرابات الجنسية مثل ضعف الانتصاب وسرعة القذف غير أن ذلك الرأى أحاطت به شكوك كثيرة نتيجة لأبحاث متعمقة فى هذا المجال أثبتت عدم وجود أية علاقة، وللأسف فإن هذا الاعتقاد لا يزال سائداً بين الكثير من المرضى وبعض الأطباء غير المتخصصين.

التشخيص المعملى

عند الاشتباه فى مرض التهاب البروستاتا يلجأ الطب لفحص إفراز البروستاتا ميكروسكوبيا ويعتبر الاختبار إيجابيا إذا زاد عدد خلايا الصديد ١٠ خلايا/ ميدان ميكروسكوبى، فإذا تأكد وجود التهاب تبدأ عملية البحث عن الميكروب المسبب بتزريع الإفراز، وتحديد نوع البكتريا النامية فى المزرعة وحساسيته للمضادات الحيوية لاستعمال المناسب منها. كان تدليك البروستاتا العلاج المتبع قديما ثم ألغى بعد دخول المضادات الحيوية مجال العلاج وأصبحت تشكل السلاح الرئيسى فى العلاج.

مرض الحوض الالتهابى (PID)

التهاب يصيب قناة فالوب ثم يمتد لباقى الأنسجة المحيطة بها مثل المبيض والغشاء البريتونى. وقد يبدأ مرض الحوض الالتهابى بأعراض حادة فى قليل من المرضى (ارتفاع درجة الحرارة، آلام شديدة أسفل البطن، أوجاع عند الفحص المهبلى، آلام شديدة أثناء الجماع)، ولكنه عادة ما يسبب أعراضا بسيطة لا تلفت نظر المريضة أو الطبيب وبذلك

يستشرى المرض وينتهى بتليف المنطقة المصابة والتصاقات وانسداد القنوات ومن ثم العقم. وكما أسلفنا تكون الأعراض بسيطة مثل آلام خفيفة فى أسفل البطن، الشعور بعدم الراحة وبعض الآلام خلال الجماع. وقد لوحظ زيادة شدة تلك الأعراض فى الأسبوع الذى يلى الحيض ومن الممكن أن يصحبها ارتفاع بسيط فى درجة الحرارة.

ولمرض الحوض الالتهابى عدة مسببات أخرى بخلاف الجونوكوك والكلاميديا مثل الميكروبات اللاهوائية، والعصويات المعوية والميكوبلازما وفى معظم الحالات يشترك خليط من تلك الميكروبات فى إحداث المرض. ويعتبر اللولب الرحمى حاليا (إحدى وسائل منع الحمل) أحد أهم الأسباب المهيئة لحدوث المرض.

الفصل الثانى

الأمراض الفيروسية

ما هو الفيروس؟

تعتبر الفيروسات أصغر المخلوقات الحية قاطبة وتختلف عن البكتيريا التى كان العلم يظن أنها الأصغر حتى بداية القرن العشرين فى الكثير من الخصائص نلخصها فى جدول رقم ١.

جدول رقم (١)

الفروق بين البكتريا والفيروس

الفيروسات	البكتريا
بسيطة التركيب	تركيبها أكثر تعقيدا
تنفذ من المرشحات	لا تنفذ من المرشحات
لا يمكن رؤيتها بالمجهر العادى وتحتاج للمجهر الإلكترونى	ترى بالمجهر العادى بعد صبغها
لا تنمو أو تتكاثر على المزارع العادية يمكنها التكاثر على الخلايا الحية فقط	تنمو وتتكاثر على المزارع العادية

تصيب الفيروسات أنواعا شتى من الحيوانات والنباتات كما تصيب الإنسان. يستعمل الفيروس الخلية الحية للتكاثر بأن يدخل مركز تحكم النشاط البيولوجى للخلية (نواة الخلية) ويحوله ليعمل لصالحه فى إنتاج المزيد من نوعه مما يؤدى الى موت الخلية بعد أن يكون الفيروس قد أنتج ملايين الفيروسات على حسابها.

يقاوم الجسم الفيروسات ويحد من نشاطها بعدة طرق أهمها المناعة الخلوية (خلايا «ت» وهى فصيلة من خلايا الدم البيضاء) والأجسام المضادة (جلوبيولينات يفرزها الجسم) والإنترفيرون (مادة بروتينية تصنعها خلايا الدم البيضاء)، وتحاول الفيروسات بدورها الهروب من الفناء بالاختباء فى مكان قصى من الجسم لا تصله قوات المناعة أوعن طريق تغيير تركيبها السطحى كيلا تتعرف عليها تلك القوات.

لم يكتشف العلم حتى اليوم عقارا يقتل الفيروسات داخل الجسم كما فى حالة البكتيريا مثلا، ويقتصر دور جميع العقاقير المتاحة حالياعلى الحد من تكاثرها.

تسبب الفيروسات أربعة من الأمراض المنقولة جنسيا هى:

١ ـ السنط التناسلى (الثآليل التناسلية) (Genital warts)

٢ ـ المليساء المعدية (Molluscum contagiosum)

٣ ـ الهربس البسيط التناسلى (Genital Herpes)

٤ ـ العوز المناعى المكتسب (إيدز) (AIDS) وسوف نفرد له فصلا خاصا نظرا لأهميته.

١ - الثآليل التناسلية
(السنط التناسلى)

مقدمة عن السنط عامةً

ينشأ السنط نتيجة الإصابة بفيروس يسمى فيروس الحليمات البشرى (Human Papilloma Virus) الذى يتكاثر أساسا داخل خلايا الطبقة السطحية للجلد (طبقة البشرة) وينفذ الى هدفه الرئيسى (الخلايا القاعدية لطبقة البشرة) من خلال خدش بسيط قد لا يمكن ملاحظته بالعين المجردة. يحفز الفيروس الخلايا المصابة فيدفعها للانقسام السريع لتكِون أوراما لحمية يتراوح قطرها بين ٢ إلى ٢٠ مم لونها يماثل لون الجلد أوأغمق قليلا ذات سطح حليمى يشبه سطح القرنبيط. يختلف شكل السنط وحجمه حسب مكان الإصابة ونوع(سلالة) الفيروس فقد يكون بارزا أعلى سطح الجلد أومدفونا داخله،صغيرا أو كبيرا، وقد يميل لونه للحمرة عندما يظهر على الأغشية المخاطية أو البياض عند تواجده فى الأماكن الرطبة من الجلد.

ينتمى فيروس الحليمات البشرى لمجموعة فيروسات ال (د ن أ) (DNA Viruses) لا يحيطه غلاف وبذا يستطيع مقاومة الظروف البيئية خارج الجسم فيسهل انتقاله من شخص لآخر بطريق غير مباشر (فوطة، مقعد مرحاض، بلاط حمام بالإضافة إلى التلامس المباشر.

يتواجد الطور المعدى من الفيروس داخل خلايا البشرة الميتة التى يتخلص منها الجلد بصفة مستمرة وتتطاير فإذا استقرت على جلد

شخص آخر وصادفت به خدوشا نفذت منها لتبدأ دورة جديدة فى شخص جديد.

تتراوح مدة الحضانـة من أسابيع إلى شهور عديدة قد تصل إلى سنة.

بينت الأبحاث وجود أنواع عديدة من فيروس الحليمات البشرى تسمىٰ «الأنواع السيرولوجية» يبلغ عددها حوالى المائة، ومنها ما يصيب الجلد فقط أو الأغشية المخاطية فقط أو الجهاز التناسلى الخارجى والمناطق المحيطة به، كما يمكن تقسيم تلك الأنواع من حيث الخطورة إلى مجموعتين:

١ ـ **أنواع مسرطنة** أى أنه يمكن أن تتحول الإصابات التى تسببها إلى أورام سرطانية بالجلد وهى أقلية.

٢ـ **وأنواع غير مسرطنة** (حميدة) وهى الغالبية العظمى.

من الظواهر البيولوجية المثيرة اختفاء السنط بدون علاج فى ٦٠٪ من الحالات كما يختفى أيضا بالإيحاء ويعلل هذا اختفاء السنط عقب بعض ممارسات الشعوذة المنتشرة فى الريف. ولا يوجد تفسير علمى مؤكد لتلك الظاهرة ويُعْتَقَد أن المخ الذى استجاب للإيحاء واقتنع به يرسل إشارات لجهاز المناعة يأمره فيها بمهاجمة الخلايا المصابة وتدميرها.

السنط التناسلى (صورة رقم ٣، ٤، ٥)

نوع من السنط تتوضع إصاباته على الأعضاء التناسلية مثل القضيب والفرج والمهبل وعنق الرحم وحول فتحة الشرج والجلد المحيط بها كالعانة والثنية التى تفصل الفخذ وكيس الصفن. وقد حظى حديثا

باهتمام الأوساط الطبية بعد أن ثبت انتشاره الكبير حيث يمثل ثانى الأمراض المنقولة جنسيا انتشارا (بعد الإيدز) وبعد أن لوحظت العلاقة بين الإصابة ببعض أنواع الفيروس المسبب وبعض أنواع السرطان خاصة سرطان عنق الرحم (٩٠٪ من عينات سرطان الرحم تحتوى على فيروس الحليمات البشرى) ونسبة مماثلة فى حالات سرطان القضيب والفرج.

انتقال العدوى

أولا: بالتلامس المباشر أثناء الاتصال الجنسى بشخص حامل للفيروس سواء كانت أعراضه ظاهرة للعين أو غير مرئية.

ثانيا: قد ينتقل الفيروس **من الأم المصابة للطفل** أثناء الولادة.

ثالثا: يمكن أن تنتقل العدوى عن غير طريق الاتصال الجنسى **بطريق غير مباشر** عبر الفوط أو الملابس أو قاعدة المرحاض الملوثة بالفيروس، وكان الرأى السائد أن الجنس هو الوسيلة الوحيدة وكثيرا ما تسبب ذلك الاعتقاد الخاطئ فى مشاكل اجتماعية. وأذكر فى هذا الصدد تجربة مرت بى شخصيا حين حضر للعيادة الخارجية للمستشفى مريض بالسنط التناسلى وسأل الطبيب صغير السن قليل الخبرة عن طبيعة مرضه وكيفية انتقاله إليه فأجابه بثقة «الاتصال الجنسى فقط ولا طريق آخر غيره» انصرف المريض مذهولا مرتبكا لعلمه الأكيد بأنه لم يتصل طول حياته سوى بامرأته أم أولاده، الوديعة المصلية الملتزمة. اصطحبها للمستشفى ذاته ليقابل الطبيب ويطلب فحصها وبذلك يصبح الدليل عليها دامغا ولا محل للإنكار. وفى المستشفى سأل عن الطبيب الذى قام

بفحصه ولم يجده فانفعل وعلا صوته فخرجت أستطلع الأمر ودعوته لمكتبى وكنت حينئذ أرأس الفريق الطبى، وسألته فلخص لى الموضوع وذكر ما قاله الطبيب عن مصدر العدوى وشكه القاتل فى زوجته. هدأت من روعه وسحبت إحدى المجلات العلمية الحديثة، وكان منشورًا بها بحث يؤكد إمكانية انتقال العدوى بطرق أخرى خلاف طريق الاتصال الجنسى وشرحت له ما جاء فيه، وزيادة فى طمأنته سألت الحضور من الأطباء فأكدوا ما ذكرت. أطرق الرجل لحظة ثم قال «منه لله، حسبى الله ونعم الوكيل، كان هيخرب بيتى، أرجوك يا دكتور تقول له: بلاش يفتى وهو جاهل» وانصرف وقد تغيرت ملامحه وبدت عليه الراحة. عندما عاد الطبيب صاحب الفتوى ناقشت الأمر معه موضحا خطورة الإدلاء بمعلومة غير مؤكدة للمريض فرد قائلا: أنا متأكد من المعلومة وأحضر مرجعه ولم يكن المرجع سوى مذكرات هزيلة علميا يتداولها طلاب الدروس الخصوصية ولا يعلم قدم معلوماتها إلا الله.

الأعـــراض

يظهر السنط التناسلى على الأعضاء التناسـلية الخارجية والجلد المحيط بها على هيئة حبوب صغيرة تتجمع لتكون ورما على سطح الجلد لونه مثل لون الجلد أو أغمق قليلا ذا سطح محبب يشبه سطح القرنبيط أو الفراولة. الإصابات غير مؤلمة فلا تلفت نظر المريض وتدفعه لاستشارة الطبيب فى الوقت المناسب، فى بعض الأحيان تكون الإصابات غير ظاهرة للمريض خاصة تلك التى تصيب عنق الرحم. فى تلك الحالة يدهن الجزء المراد فحصه بمحلول الخل المخفف لإظهار

الإصابة بعد أن يتحول لونها إلى اللون الأبيض، ويزيد من فعالية الفحص استخدام منظار مكبر.

الفحص المعملى

يستخدم فى حالات النساء فقط لبيان إصابة عنق الرحم من عدمه بأخذ عينة مهبلية وفردها على شريحة زجاجية ويتم صبغها بصبغة خاصة ثم تفحص ميكروسكوبيا وبالطبع لايرى الفيروس فى الخلايا ولكن تشاهد التغيرات التى يحدثها الفيروس بها.

الوقـــاية

لا ينفع استخدام الواقى الذكرى من الإصابة نظرا لوجود مناطق كبيرة من الجلد لا يغطيها.

العـــلاج

١ ـ مس بودوفللين ٢٥٪ بواقع مرة أسبوعيا بعد دهان فازلين على الجلد الطبيعى المحيط بالثآليل منعا لحدوث التهابات شديدة إذا ما لامسه المس ويحظر استعمال المس أثناء الحمل.

٢ ـ الكى بالتبريد باستعمال غاز النيتروجين المسال.

٣ ـ الكى الكهربى.

٤ ـ الليزر.

٢ - المليساء المعدية

مرض جلدى فيروسى ينتقل بالتلامس المباشر أوعن طريق غير مباشر (مناشف، ملابس، قاعدة مرحاض، حمامات السباحة). ينتمى الفيروس المسبب الى مجموعة فيروسات البوكس (Pox viruses) ويصيب الأطفال عادة لسهولة اختراقه للجلد الرقيق فيصيب الوجه والرقبة والذراعين والجذع (البطن والصدر) أما فى البالغين فإن المنطقة التناسلية أكثر الأماكن إصابة بسبب نعومة ورقة الجلد بها وتكون العدوى تناسلية فى الغالبية العظمى بعكس الأطفال فعدواهم بريئة غالبا.

الأعراض (صورة رقم ٦)

تظهر حبوب يتراوح قطرها بين ٢ الى ١٠مم فضية أو حمراء باهتة لامعة ويشبه شكلها العام حبة لؤلؤ وبها نغزة صغيرة فى منتصف سطحها العلوى، وعند الضغط على الحبة تخرج منها مادة بيضاء شبيهة بالجبن. وتتميز الإصابة فى مرضى الإيدز بكثرة عدد الحبوب التى قد تصل لمئات وأيضا بالحجم الكبير حيث يبلغ ١٠ الى ٣٠ مم (المليساء العملاقة).

وبمضى الوقت تقضى مناعة الجسم السليمة على الحبة التى تمر بمرحلة التهاب صديدى يشبه الدمل الصغير قبل أن تختفى ولا تترك مكانها ندبة ويستمر ظهور إصابات أخرى بمناطق جديدة من الجلد. لا تتحول إصابات المليساء المعدية إلى أورام سرطانية كتلك التى قد تحدث مع الإصابة ببعض أنواع فيروس السنط.

العــلاج

١ـ الكى الكهربى.

٢ـ الكى بالتبريد.

٣ـ المس بمحلول الفينول المركز.

٤ـ إزالة الحبوب بمكشط (ملعقة كحت صغيرة).

الوقــاية

لا يقى استعمال الواقى الذكرى من الإصابة بسبب وجود مناطق مكشوفة من الجلد معرضة للإصابة.

٣ـ الهربس البسيط التناسلى

مقدمة

تشمل مجموعة فيروسات الهربس عدة أنواع (جدول رقم ٢) وتتميز المجموعة باستجابتها لبعض أنواع المضادات الفيروسية كما أن لها تاريخ حياة مكونا من مرحلتين: أولية تحدث عند إصابة الجسم بها لأول مرة ثم يبقى الفيروس كامنا داخل الجسم بعد ذلك وقد يعاود النشاط بعد وقت ليسبب المرحلة الثانية.

جدول رقم (٢) مجموعة فيروسات الهربس وأمراضها

الفيروس	المرض
فيروس الهربس البسيط (Herpes Simplex)	هربس الوجه والشفتين. هربس المنطقة التناسلية.
فيروس الجديرى/ الزوستر (Varicella /Zoster)	يسبب مرض الجديرى فى مرحلته الأولى والحزام النارى فى مرحلته الثانية.
فيروس إبشتين بار (Epestein Barr)	يسبب حمى الغدد (Glandular fever) فى مرحلته الأولى وبعض سرطانات الجهاز اللمفاوى فى المصابين بالفشل المناعى.
فيروس السيتوميجالو (Cytomegalo virus)	يسبب التهاب الشبكية وفقدان البصر فى مرضى الإيدز.

الهربس البسيط البشرى

يوجد منه نوعان:

١ ـ **فيروس الهربس البسيط البشرى رقم١** الذى يصيب الوجه خاصة الشفتين.

٢ ـ **فيروس الهربس البسيط البشرى رقم ٢** وتظهر أعراضه على المنطقة التناسلية.

يتشابه النوعان فى تركيبهما الجزيئى لكنهما لا يتطابقان ولا تحمى الأجسام المضادة التى يفرزها الجسم ضد أحدهما من الإصابة بالآخر. تنتقل العدوى فى كلا النوعين عن طريق الأجسام الفيروسية التى يطرحها جسم حامل الفيروس سواء كانت إصابته ظاهرة على جلده أو غير ظاهرة، وقد أثبتت الدراسات أن الفيروس يتم طرحه أيضا خلال فترة الكمون.

فى العدوى الأولية يدخل الفيروس من خلال الجلد أو الغشاء المخاطى ومن ثم يعبر الى العقد العصبية عن طريق الأعصاب الحسية ليبقى بها حتى نهاية العمر (لا تؤثر المضادات الفيروسية الحديثة على فيروس الهربس البسيط فى طور الكمون وبالتالى لا يمكن التخلص منه نهائيا). ينتاب الفيروس فترات من النشاط كل حين فيتكاثر ويرحل إلى الجلد مرة أخرى عن طريق العصب الحسى مسببا ظهور فقاقيع جلدية صغيرة تشفى فى غضون أسبوع ثم تتكرر على فترات قد تطول أو تقصر. قد ينشط فيروس الهربس البسيط بدون أسباب واضحة أو نتيجة بعض الأسباب المهيئة.

معدلات الإصابة

أتاحت الفحوص المعملية الحديثة التى تتميز بالدقة الشديدة والحساسية العالية معرفة نسب الإصابة بين أفراد الجنس البشرى، ومن المعروف أن دخول الفيروس فى الجسم يتبعه إفراز أجسام مضادة للفيروس تسرى فى مصل الدم وهو ما تكشف عنه تلك الفحوص أى أن وجود تلك الأجسام فى دم الإنسـان تعنى الإصابة. تبين أن ٩٠٪ من البشر يحملون ف هـ ب ١ وتحدث الإصــابة به خلال فترة الطفولة، أما بالنسبة الى ف هـ ب ٢ المنقول جنسيا فيبدأ ظهورها بعد البلوغ وبدء النشاط الجنسى. لا توجد إحصائيات عالمية كافية عن مدى انتشار الهربس البسيط التناسلى وسنكتفى بذكر إحصائيات الولايات المتحدة التى تعطى صورة أقرب إلى الدقة، وتقدر أن ٤٠ الى ٦٠ مليونا من مواطنيها حاملون للفيروس كما تذكر أن معدلات الإصابة ارتفعت بنسبة الثلث خلال العقدين الماضيين وأن عدد الحالات الجديدة تبلغ نصف الى واحد مليون سنويا.

الأعــراض

تختلف الأعراض حسب المرحلة وحسب نوع فيروس الهربس:

المرحلة الأولية تمر دون أعراض فى ٩٠٪ من الأشخاص بينما تُسبب أعراضا خفيفة فى ٩٪ أو تظهر الصورة الكاملة فى ١٪ فقط بعد فترة حضانة من ٣ الى ٧ أيام وتشمل:

١ ـ ارتفاع درجة الحرارة

٢ ـ طفحا مكونا من فقاعات صغيرة سرعان ما تتحول لقرح مؤلمة

٣ ـ فى حالة الإصابة بفيروس الهربس البسيط البشرى ١ يظهر الطفح على الغشاء المخاطى للفم والحلق والشفاه والعين بينما يظهر على الأعضاء التناسلية فى حالة الإصابة بفيروس ف هـ ب ٢.

٤ ـ تضخما وألما بالعقد اللمفية الموضعية (الرقبة أو العقد التى بأعلى الفخذ حسب مكان الطفح).

٥ ـ تستمر الأعراض فترة أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

المرحلة الثانية أو مرحلة الهربس البسيط المتكرر

جاء اسم «المتكرر» بسبب ظهور المرض على فترات تتراوح بين أسابيع وشهور (وقد لا تظهر أبدا بعد المرحلة الأولية) كلما تعرض المصاب لأحد الأسباب التى تحدث انخفاضا فى المناعة وتسمى الأسباب المهيئة. يسبق ظهور الطفح بساعات قليلة شعور بلسعة خفيفة أو حكة بسيطة فى الموضع الذى سوف يظهر عليه الطفح. تتكون بقعة وردية اللون قطرها ١ ـ ٢ سم يغطيها حويصلات صغيرة ١ ـ ٢مم تحتوى سائلا شفافا يتحول خلال يوم إلى سائل أصفر معتم ومن ثم تجف الحويصلات مخلفة قشرة صمغية تنفصل ولا تترك ندبة. يستغرق الدور حوالى الأسبوع. لا يصحب الطفح المتكرر تورما بالعقد اللمفية أو ارتفاعا فى درجة الحرارة ويكون الطفح متجمعا فى مكان واحد وذلك عكس المرحلة الأولية.

تظهر إصابات فيروس الهربس البسيط البشرى ١ حول الفم وفتحتى الأنف وتتوضع إصابات فيروس الهربس البسيط البشرى ٢ على الشفرين والمهبل وعنق الرحم فى الإناث والقضيب وكيس الصفن فى الذكور والعانة والإليتين فى كلا الجنسين (الهربس التناسلى).

الأسباب المهيئة للهربس المتكرر

١ـ عقب الإصابة ببعض الأمراض مثل الأنفلونزا ونزلات البرد والنزلة الشعبية.

٢ ـ الحمى.

٣ـ التعرض للشمس لمدد طويلة.

٤ ـ التعرض للجو البارد.

٥ ـ الحيض.

٦ ـ الإفراط فى الجنس.

٧ـ الإجهاد.

مضاعفات الهربس البسيط

بالرغم من شيوع الفيروس فإن مضاعفاته نادرة وتصيب أساسا ذوى المناعة الضعيفة مثل مرضى الإيدز واللوكيميا (سرطان الدم) والسرطان اللمفى ومرضى العلاج الكيماوى والأطفال حديثى الولادة وتشمل:

١ ـ انتشار الطفح فى أماكن عديدة من الجلد.

٢ ـ امتداد المرض للأعضاء الداخلية مثل الرئتين والكبد والغدة فوق الكلوية.

٣ ـ التهاب المخ الذى يؤدى للوفاة فى (٧٠٪) من الحالات لو تأخر علاجه كما ينتج عنه عاهات مستديمة بالجهاز العصبى.

٤ ـ قرح بقرنية العين وما يتبعها من مضاعفات قد تصل إلى فقد الإبصار.

الهربس البسيط والإيدز

تلعب المناعة الخلوية دورا حاسما فى الحد من أخطار فيروس الهربس البسيط البشرى، وإزاء انهيارها فى مرض الإيدز ترتفع نسبة حدوث المضاعفات الخطيرة التى سبق ذكرها وتتسبب فى موت سريع. وتأخذ الإصابات شكلا مغايرا ومسارا مزمنا فتظهر فى هيئة قرح سطحية مزمنة تتسع بمرور الوقت، بطيئة الاستجابة للعلاج وسرعان ما تنتكس بمجرد توقفه. وأذكر فى هذا المجال وصفا أورده مريض بالإيدز مصاب بقرحة هربس توضعت على فتحة الشرج والجلد المحيط بها، يقول: «لا يمكنكم تخيل معاناتى كلما دخلت المرحاض للتبرز، الألم المبرح الذى أحسه يشبه الألم الذى يسببه دعك المنطقة بزجاج مجروش، صدقونى كرهت الاستمرار فى الحياة لهذا السبب ناهيك عن الإمساك ومشاكله بسبب خوفى من دخول المرحاض».

الهربس وحديثو الولادة

ينتقل الفيروس من الأم للطفل أثناء الولادة ويرتفع احتمال النقل إذا ما كانت الأم تعانى من إصابة أولية نشطة وقت الولادة (احتمال ٣٠ الى ٥٠٪) فى حين لا يزيد الاحتمال على ٣٪ فى حالة الإصابة بالهربس المتكرر. يعانى الطفل المصاب طفحا جلديا منتشرا، والتهابا رئويا والتهاب المخ، وإصابة الأعضاء الداخلية وتكون احتمالات الوفاة والعاهات إذا نجا من الموت كبيرة.

الوقـــاية

لا يوجد حتى الآن طعم واقٍ من فيروس الهربس البسيط البشرى وإن

كانت الأبحاث قد قطعت خطوات واسعة فى هذا الصدد. لا يقى الواقى الذكرى الرجال وإن كان أكثر فائدة فى وقاية الإناث.

العـــلاج

انضمت مضادات فيروسات الهربس الى ترسانة الأدوية فى أوائل ثمانينيات القرن العشرين حيث بدأت بعقار «أسيكلوفير» ثم تلاه «فامسيكلوفير» ثم «فالسيكلوفير»، وتستخدم تلك العقاقير للحد من شراسة المرض واختزال مدته وتخفيف الألم ولكنها لا تخلص الجسم نهائيا من الفيروس لعدم إمكانها التأثير على الفيروس فى طوره الكامن. يُستخدم أسيكلوفير كأقراص بالفم وحقن بالوريد ومرهم موضعى ٥٪ ويوجد فامسيكلوفير وفالسيكلوفير فى صورة أقراص. يوصى باستعمال مرهم أسيكلوفير فى الهربس المتكرر وتكون فاعليته أعلى إذا استخدمه المريض فور شعوره بالأعراض كما يستخدم الحقن الوريدى والأقراص فى الحالات الحرجة والشديدة مثل الطور الأولى ومضاعفات الهربس وفى حالات العوز المناعى بأنواعه. ويشكو بعض المصابين بالهربس التناسلى بكثرة الانتكاسات مما يؤثر سلبا على نفسياتهم وهنا تستخدم المضادات الفيروسية بجرعة يومية بسيطة وبشكل مستمر كما يوصى باستعمال نفس النظام فى مرضى الإيدز وعند وجود أسباب نقص المناعة الأخرى.

الفصل الثالث

طاعون العصر

فيروس العوز المناعى المكتسب المسبب للإيدز

فى السنوات الأولى من ثمانينيات القرن العشرين رصد الأطباء حالات يتخاذل فيها جهاز المناعة عن القيام بواجباته مما يؤدى إلى الإصابة بالميكروبات الانتهازية (ميكروبات لا تهاجم الجسم السليم)، كما يؤدى أيضا إلى ظهور بعض أنواع الأورام الخبيثة وينتهى بالموت. ولما كان المستقر فى المراجع الطبية حتى ذلك الحين أن نقص المناعة مرض وراثى ينتج عن خلل فى الجينات التى تحمل الصفات الوراثية لمكونات جهاز المناعة وتظهر أعراضه فى المراحل المبكرة من العمر، فقد أطلق على الحالات الجديدة من نقص المناعة «اسم نقص المناعة المكتسب» (أى الذى لا تسببه عوامل وراثية).

وكان من اللافت للنظر انتشار حالات نقص المناعة المكتسب بصورة وبائية بين فئات بعينها مثل الرجال المثليين (اللوطيين عام ١٩٨٢) وكذا بين المصابين بأمراض تعالج بنقل الدم أو مشتقاته مثل الهيموفيليا وبين مدمنى المخدرات ممن يتناولون العقاقير المخدرة عن طريق الحقن الوريدى وذوى العلاقات الجنسية المتعددة من الرجال

والنساء مما أشار إلى ظهور مرض جديد لم يكن معروفا من قبل ينتقل عن طريق الممارسة الجنسية والدم. أطلق على القادم الجديد «مرض العوز المناعى المكتسب» وأسموه اختصارا «إيدز» وهى الحروف الأولى للاسم الإنجليزى للمرض

(ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME).

وخلال سنوات قليلة من رصد الوباء استطاع العلماء تحديد مسبب المرض وذلك بفضل التقدم العلمى الحالى (قارن الزهرى الذى استغرق اكتشاف سببه زهاء أربعة قرون، منذ ظهوره بصورة وبائية فى القرن الخامس عشر حتى استطاع العالم الألمانى إرلخ فى القرن العشرين عام ١٩٠٦ مشاهدة الميكروب اللولبى ميكروسكوبيا وإثبات أنه الميكروب المسبب للزهرى).

وواكب اكتشاف الفيروس المسبب للمرض الجديد نزاعا بين العلماء الفرنسيين والأمريكيين عمن كان له السبق فى اكتشاف فيروس الإيدز تداولته ساحات المحاكم منذ أواسط ثمانينيات القرن العشرين حتى بدايات القرن الواحد والعشرين وانتهت بحسمها لصالح العلماء الفرنسيين وقد سبق الإشارة اليه تفصيلا.

وقد احتل وباء الإيدز مقدمة المسرح بلا منازع وصار بؤرة الاهتمام: ينتقل للملايين يوميا وتتزايد أعداد المصابين به عاما بعد عام رغم جهود منظمة الصحة العالمية والحكومات المختلفة والجمعيات الأهلية المهتمة ورغم ما ينفق من بلايين الدولارات على برامج المكافحة وعلى البحوث العلمية وعلى محاولات اكتشاف طعم واقٍ أو علاج شافٍ.

ويبقى الإيدز أشنع الأمراض المنقولة جنسيا وأشدها وطأة على الجنس البشرى منذ الخليقة، يقتل كل من يصاب به دون استثناء طالت

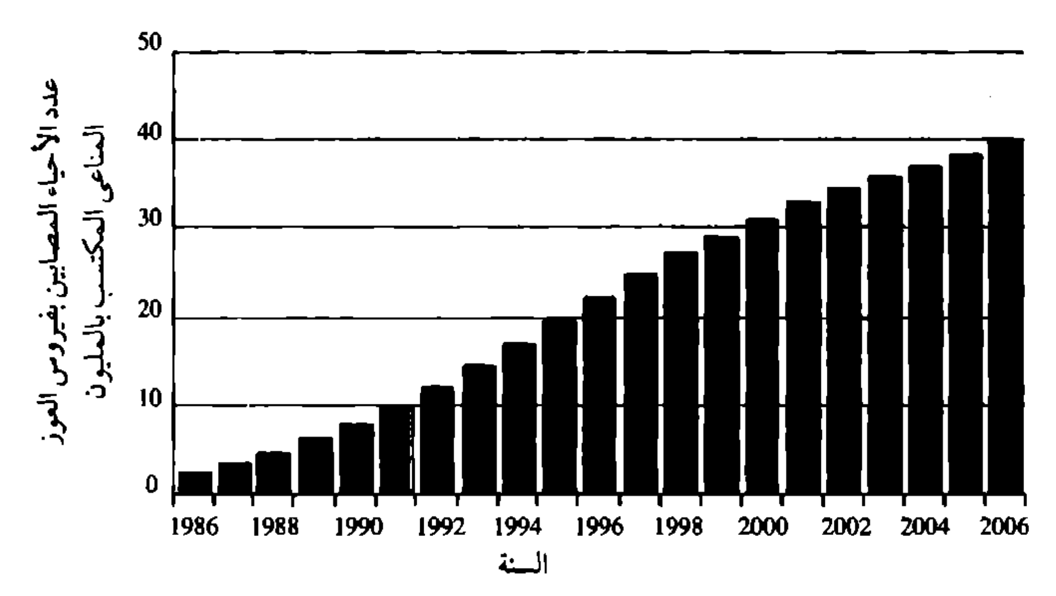
المدة أم قصرت، يصيب الشريحة المنتجة من السكان بكل ما فى ذلك من تداعيات اقتصادية، لم يعرف له منشأ ولا كيف ولا لماذا بدأ، ولا يوجد له حتى اليوم طعم واقٍ أو علاج شافٍ يخلص الجسم نهائيا من الفيروس المراوغ الذى يغير شكله وتراكيبه بسرعة لم يعرفها العلم إلا فى فيروس الأنفلونزا، لينتج أشكالا وسلالات جديدة لا تستجيب للعقاقير ولا تحمى منها الأمصال والطعوم الواقية. وظنى أن الإيدز سيحتل مقدمة المسرح لمدة لا يعلمها إلا الله وسيستمر فى الانتشار وفى تحدى الطب والعلم حتى يقتنع الإنسان بأن الوسيلة الوحيدة للإفلات تنحصر فى الاكتفاء برفيق واحد وهكذا أمرتنا جميع الأديان والأعراف.

محطات مهمة فى مسيرة المرض

- ١٩٨١ رصد حالات نقص مناعة بين اللوطيين فى الولايات المتحدة.
- ١٩٨٢ تحديد هوية المرض و تسميته.
- ١٩٨٣ اكتشاف الفيروس المسبب للمرض.
- ١٩٨٤ رصد الوباء الأفريقى الناتج عن علاقات جنسية طبيعية.
- ١٩٨٥ أول اختبار معملى يصبح متاحا.
- ١٩٨٨ أول دواء مضاد للفيروس (Zidovudin) يحصل على موافقة منظمة الأغذية و الدواء الأمريكية (FDA).
- ١٩٩٤ بداية استخدام (HAART) (العلاج المكثف المكون من ثلاثة أدوية).
- ١٩٩٦ إنشاء (UNAIDS) (منظمة تابعة للأمم المتحدة مسئولة عن مكافحة وباء الإيدز).

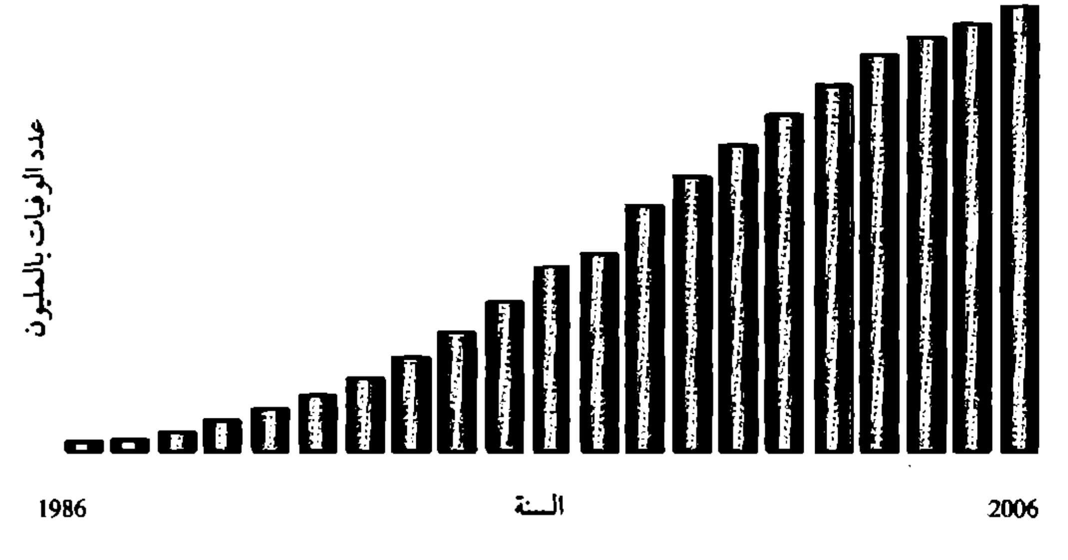
أبعاد الوباء العالمى حتى ٢٠٠٦

لكى نتعرف على حجم المشكلة التى تعيشها البشرية دعنا نتصفح آخر تقرير صدر من منظمة الأمم المتحدة (UNAIDS) فى ديسمبر ٢٠٠٦ وجاء فيه «استمرت الزيادة فى معدلات الإصابة والوفاة (شكل ١ و٢) بالرغم من التوسع فى برامج المكافحة وتوصيل العلاج للمناطق المحرومة».



UNAIDS 2006 Report on the Global AIDS Epidemic

شكل رقم (١) عدد الأحياء المصابين
بفيروس العوز المناعى المكتسب خلال عشرين عاماً



Source: UNAIDS 2006 Report on the Global AIDS Epidemic

شكل رقم (٢) عدد الوفيات من البالغين والأطفال حتى على مستوى العالم خلال عشرين عاماً من ١٩٨٦ إلى ٢٠٠٦

كما يبين التقرير الأرقام المخيفة التالية (جدول رقم ١):

عدد الأشخاص حاملى فيروس الإيدز على مستوى العالم ٣٩,٢ مليون فى المتوسط، بزيادة مقدارها ٤٠٠٠٠٠ عن عام ٢٠٠٤.

تسبب مرض الإيدز فى وفاة ٤,٣ مليون شخص عام ٢٠٠٦ منهم ٣٨٠٠٠٠ طفل أقل من ١٥ سنة.

بلغت الإصابات الحديثة خلال عام ٢٠٠٦ ٣,٩ مليون مما يعنى استمرار الانتشار.

وتتضح الزيادة المضطردة فى الحالات منذ بداية الوباء (شكل رقم١) والوفيات (شكل رقم ٢) لو قارنا الأرقام الحالية بالوضع عامى ١٩٩٦ و ١٩٨٦ أى قبل عشرة وعشرين عاما (جدول رقم ٢).

جدول رقم (١)

حالة وباء الإيدز عام ٢٠٠٦

عدد حاملى فيروس الإيدز (بالغون وأطفال)	
بالغون	٣٧,٢ مليون (منهم ١٧,٧ مليون نساء)
أطفال أقل من ١٥ سنة	٢,٣ مليون
عدد البالغين والأطفال المصابون حديثا خلال العام	
بالغون	٣,٨ مليون
أطفال أقل من ١٥ سنة	٠,٥٣ مليون
عدد الوفيات بسبب الإيدز من البالغين والأطفال خلال العام	
بالغون	٢,٩٠ مليون
أطفال أقل من ١٥ سنة	٠,٣٨ مليون
الإجمالى	٤,٣ مليون

جدول رقم (٢)

أعداد حاملى فيروس الإيدز ووفياته على مدى ثلاثة عقود

عام	عدد حاملى فيروس الإيدز	عدد الوفيات
١٩٨٦	حوالى المليون	
١٩٩٦	٢١ مليونا	١,٦ مليون
٢٠٠٦	٣٩,٢ مليون	٤,٣ مليون

والمقلق فى الأمر - إضافة إلى استمرار الزيادة - تركُز الإصابات الجديدة بين الشباب ١٥ - ٢٤ فى كثير من مناطق العالم.

(جدول رقم ٣)

بيانات واتجاهات وباء الإيدز العالمى

حسب التوزيع الجغرافى خلال عامى ٢٠٠٤ و ٢٠٠٦

المنطقة الجغرافية	الوفيات بسبب الإيدز بالمليون	نسبة الانتشار بين البالغين	عدد المصابين حديثا بالمليون	عدد البالغين والأطفال حاملى فيروس الإيدز بالمليون
أفريقيا جنوب الصحراء ٢٠٠٦	٢,١	٪٥,٩	٢,٨	٢٤,٧
أفريقيا جنوب الصحراء ٢٠٠٤	١,٩	٪٦,٠	٢,٦	٢٣,٦
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ٢٠٠٦	٠,٣٦	٪٠,٢	٠,٦٨	٠,٤٦
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ٢٠٠٤	٠,٣٣	٪٠,٢	٠,٥٩	٠,٤٠
جنوب وجنوب شرق آسيا ٢٠٠٦	٠,٥١	٪٠,٦	٠,٧٧	٧,٢
جنوب وجنوب شرق آسيا ٢٠٠٤	٠,٥٩	٪٠,٦	٠,٨٦	٧,٨
شرق آسيا ٢٠٠٦	٠,٣٣	٪٠,١	٠,٠٩	٠,٦٢
شرق آسيا ٢٠٠٤	٠,٤٣	٪٠,١	٠,١	٠,٧٥
أمريكا اللاتينية ٢٠٠٦	٠,٦٥	٪٠,٥	٠,١٤	١,٧
أمريكا اللاتينية ٢٠٠٤	٠,٥٣	٪٠,٥	٠,١٣	١,٥
أوربا الشرقية ووسط آسيا ٢٠٠٦	٠,٨٤	٪٠,٩	٠,٢٧	١,٧
أوربا الشرقية ووسط آسيا ٢٠٠٤	٠,٤٨	٪٠,٧	٠,٦١	١,٤
وسط وغرب اوروبا ٢٠٠٦	٠,١٢	٪٠,٣	٠,٢٢	٠,٧٤
وسط وغرب اوروبا ٢٠٠٤	٠,١٢	٪٠,٣	٠,٢٢	٠,٧٠
أمريكا الشمالية ٢٠٠٦	٠,١٨	٪٠,٨	٠,٤٣	١,٤
أمريكا الشمالية ٢٠٠٤	١٨٠٠٠	٪٠,٧	٠,٤٣	١,٢
العدد الإجمالى ٢٠٠٦	٢,٩	٪١,٠	٤,٣	٣٩,٥
العدد الإجمالى ٢٠٠٤	٢,٧	٪١,٠	٣,٩	٣٦,٨

المصدر: تقرير بعنوان (December 2006 AIDS epidemic update) الصادر من منظمة الصحة العالمية (WHO/UNAID)

يوضح جدول رقم ٣ اختلاف التوزيع الجغرافى للحالات بين منطقة وأخرى، وقد فازت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء بأولمبياد الإيدز دون منازع حيث سجلت:

أكثر الإصابات على مستوى العالم (٧, ٢٤ مليون بنسبة ٩, ٦٦ ٪)

أكبر نسبة انتشار بين السكان (٩, ٥٪)

أكبر نسبة حالات جديدة (٦٥٪)

أعلى نسبة وفيات (١, ٢ مليون بنسبة (٧٢٪) من الوفيات العالمية بسبب الإيدز)

وتعد دول جنوب أفريقيا (التابعة جغرافيا لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء) صاحبة أعلى الأرقام فى هذا الصدد إذ إن ثلث الإصابات تعيش بها وثلث الوفيات من نصيبها. أما منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فجاء ترتيبها الأخير (كالمعتاد) فى ذلك الأولمبياد اللعين ولكن مصحوبا تلك المرة بالسرور والحبور.

زاد تعداد الأشخاص الحاملين لفيروس الإيدز خلال العامين السابقين فى العالم ككل (جدول رقم ٣) وكانت الزيادة ملحوظة بدرجة أكبر(٢٠٪) فى وسط آسيا وشرق أوروبا (منطقة الاتحاد السوفيتى الأسبق وحلفائه) وكان ذلك بسبب ارتفاع أعداد المصابين الجدد بنسبة (٧٠٪) عام ٢٠٠٦ مقارنة بعام ٢٠٠٤ فى حين بلغت (١٥٪) فى جنوب شرق آسيا و١٢٪ فى الشرق الأوسط وشمال أفريقا وبقيت الزيادة بنفس معدلاتها السابقة دون زيادة فى أمريكا اللاتينية والشمالية.

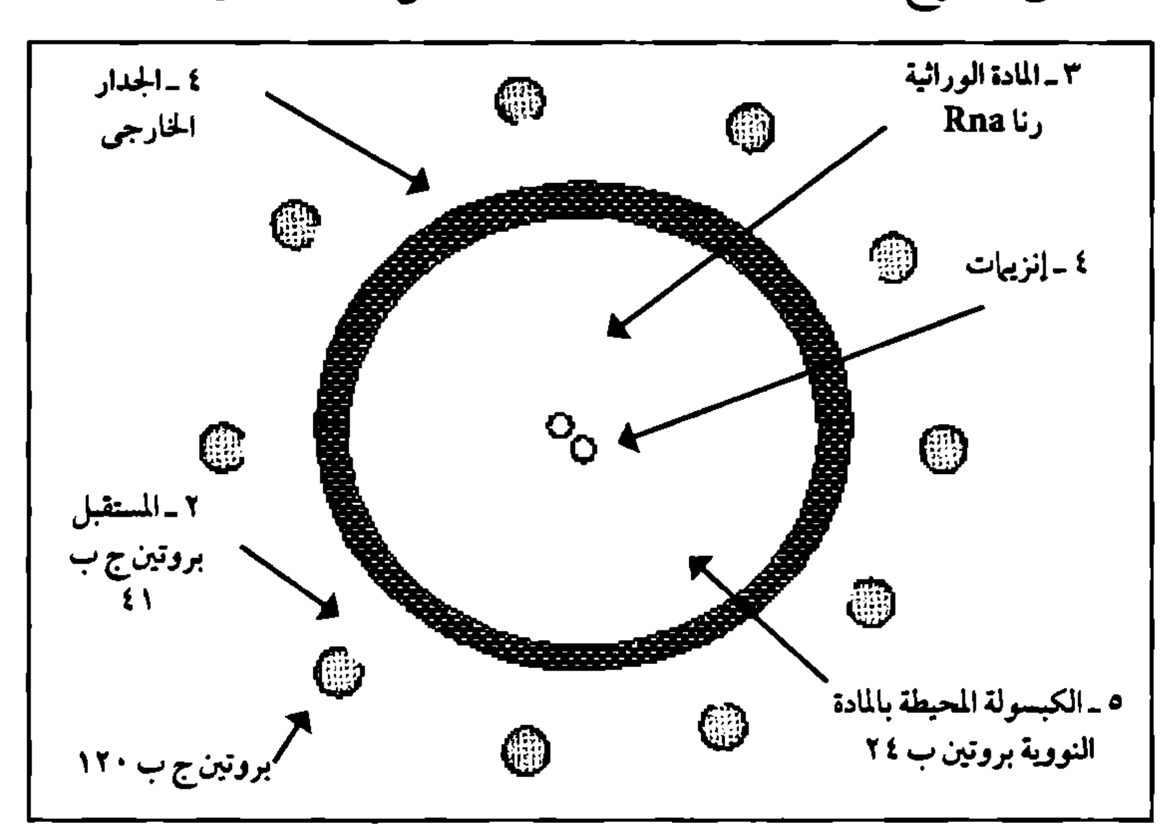
تباينت طرق العدوى فى الحالات الجديدة لعام ٢٠٠٦ فى المناطق الجغرافية المختلفة، فكانت الحقن المخدرة المشتركة الملوثة الطريقة الأكثر شيوعا فى وسط آسيا وشرق أوربا(٦٧٪) بينما كانت العلاقة

بالمومسات مسئولة عن نسبة بسيطة (١٢٪ فقط). أما فى أمريكا اللاتينية فكان اللواط مسئولا عن ربع الحالات (٢٦٪)، وظل الجنس الطبيعى الطريق التقليدى فى دول جنوب أفريقيا وعلى رأسها سوازيلاند ـ البطلة بغير منافس فى الكوميديا السوداء ـ حيث يحمل واحد من كل ثلاثة أشخاص من سكانها فيروس الإيدز فى دمه (٣٣٪).

وفى جميع مناطق العالم لوحظ زيادة الإصابة بين النساء بشكل غير مسبوق بلغ فى بعض المناطق ٦٠٪. كانت أكثر الإصابات فى الولايات المتحدة من نصيب الأقليات العرقية.

فيروس العوز المناعى المكتسب (ف ع م م)

ينتمى ف ع م م لمجموعة فيروسات ر ن أ RNA ويحيطه جدار خارجى تخرج منه المستقبلات، بينما تشغل المادة الوراثية RNA



شكل رقم (٣) تركيب فيروس الإيدز

والإنزيمات التى يحتاجها لبدء دورة حياته مركز الفيروس ويحيط بهما كبسولة بروتينية (شكل رقم ٣).

تركيب الفيروس (شكل رقم ٣)

الجدار الخارجى يتكون من بروتين دهنى (Lipoprotein) ويحيط بباقى مكونات الفيروس.

يخرج من الجدار الخارجى تكوين يشبه عصا الطبلة ذوجزئين أحدهما طويل (البروتين المستقبل ج ب ٤١) والآخر مكور (البروتين المستقبل ج ب ١٢٠) وتفيد تلك المستقبلات فى اتصال الفيروس بعالمه الخارجى والالتصاق بالخلايا تمهيدا لاختراقها. وتعتبر البروتينات المستقبلة إحدى معجزات الخلق لا تسمح بدخول الخلية أو الالتصاق بها إلا لمركبات بعينها، ويمكن تشبيه هذا الوضع بالمفتاح وكالونه ولكل كالون مفتاح معين يفتحه دون غيره. يلعب البروتين المستقبل ج ب ١٢٠ دور المفتاح بينما يقـوم بروتين CD4 الموجود على جدار الخلايا اللمفية ت بدور الكالون.

المادة الوراثية للفيروس ذات شكل حلزونى مكونة من شريطين من الحمض النووى ر ن أ (RNA) وتحمل جميع الصفات الوراثية للفيروس (الأوامر الخاصة بتكوين أجزاء الفيروس اللازمة للتكاثر).

إنزيمات يحتاجها الفيروس فى بعض مراحل دورة حياته أهمها إنزيم (RT) (Reverse transcriptase) وانزيم بروتييز (Protease).

الكبسولة المحيطة بالمادة النووية وهى مكونة من بروتين ب٢٤ وتحيط بكل من المادة النووية للفيروس وإنزيماته.

إلى أى مدى يتحمل فيروس ع م م البقاء خارج الجسم

يستطيع ف ع م م أن يبقى حيا خارج الجسم لمدد قصيرة وتحت ظروف خاصة، لذا يسهل تدميره والقضاء عليه ومنعه من الانتقال بطرق غير مباشرة (أى عبر وسيط). وتقتله الحرارة والجفاف والمطهرات العادية فى دقائق قليلة (راجع جدول رقم٤) ومنه يتضح أن نقل المرض عن طريق أدوات الحلاقة وغيرها يتطلب ظروفا استثنائية.

جدول رقم ٤

طرق القضاء على فيروس ع م م خارج الجسم

درجة حرارة ٥٦ مئوية	١٠ دقائق
درجة حرارة ١٠٠ مئوية	أقل من دقيقة
كحول ٦٠٪	دقائق قليلة
محلول كلور مخفف	دقائق قليلة
محلول بيتادين	أقل من دقيقة
محلول فينيك	أقل من دقيقة
الصابون والمنظفات القلوية	دقائق قليلة

انتقال العدوى

بينت الأبحاث العلمية وجود فيروس العوز المناعى البشرى (ف.ع.م.ب) فى العديد من سوائل الجسم مثل الدم والسائل المنوى وإفرازات عنق الرحم والمهبل وكذا لبن الأمهات بالإضافة الى الدموع واللعاب والبول. ويختلف تركيز الفيروس من سائل لآخر (يقاس بعدد الفيروسات فى الملليمتر المكعب ويسمى الحمل الفيروسى). يتغير

الحمل الفيروسى خلال مراحل المرض. وكلما ازداد التركيز كان سائل الجسم معديا وهناك سوائل يرتفع فيها تركيز الفيروس مثل الدم والمنىّ وإفرازات الرحم فتنقل العدوى بينما يكون التركيز منخفضا فى سوائل أخرى وبالتالى لا تنتقل العدوى بواسطتها مثل الدموع واللعاب ورذاذ الأنف.

أهم طرق انتقال العدوى

١ ـ **الاتصال الجنسى** مع مصاب بالمرض هو أكثر الوسائل انتشارا، فينتقل الفيروس للمرأة مع السائل المنوى للرجل ومن المرأة المصابة للرجل مع إفرازات المهبل. والجماع الشرجى أكثر خطورة فى نقل العدوى لما يصاحبه من تشقق فى الأنسجة. وقد تنتقل العدوى نتيجة جماع فموى لو ابتُلع السائل المنوى والعكس غير صحيح لاحتواء اللعاب على كميات ضئيلة من الفيروس لا تكفى لنقل العدوى.

٢ ـ **نقل دم ملوث بالفيروس**: يعتبر نقل الدم من أكفأ الطرق فى نقل الفيروس. تسببت تلك الطريقة فى نقل العدوى فى بداية الوباء، غير أنه سرعان ما تنبهت الهيئات الصحية على مستوى العالم إلى ذلك الخطر الداهم واتخذت جميع الإجراءات التى تكفل نقلا آمنا للدم، وكانت مصر من أوليات الدول فى تطبيق تلك الإجراءات.

٣ـ **استخدام الإبر والسرنجات الملوثة بالفيروس** وتنتشر تلك الطريقة بين مدمنى المخدرات حيث يتبادلون التعاطى عن طريق نفس المحقن، ويفسر سرعة انتشار المرض بين أفراد تلك الفئة، فإذا أضفنا إلى ذلك

السلوك الجنسى المستهتر السائد بينهم لوضح أهميتهم كمصدر رئيسى لنشر الأمراض المنقولة جنسيا.

٤ ـ **من الأم للطفل**: **ينتقل الفيروس بثلاثة طرق أولاها**: تسرب الفيروس أثناء الحمل من دم الأم المصابة إلى الطفل عن طريق المشيمة. ثانيتها: خلال عملية الولادة حين يختلط جلد المولود بدم الأم وإفرازاتها، وأخيرا: عن طريق الرضاعة الطبيعية.

كفاءة الطرق المختلفة فى نقل العدوى

نستنبط من جدول رقم ٥ أن لكل طريقة قدرة على نقل العدوى تختلف عن الأخرى، ونود أن نلفت النظر إلى أن تلك النسب تمثل احتمالات الانتقال عند حدوث تعرض واحد، أما إذا تكرر التعرض فسوف تزيد احتمالات العدوى وقد يتطرق إلى التفكير أنه مادام احتمال العدوى من تعرض واحد بسيطا فلا بأس من المغامرة ويشبه هذا المنطق لعبة الرهان المسماة «الروليت الروسية» التى يطلق فيها المراهن على رأسه مسدسا تحتوى خزنته على طلقة واحدة بينما تخلو باقى الخزنة فيكون نصيبه الموت الأكيد (احتمال ١:٦)، وأتذكر فى هذا الصدد مريضا لى أصيب بالإيدز من تجربة جنسية وحيدة قام بها أثناء إحدى رحلاته فى الخارج ولم يكررها.

جدول رقم (٥)

احتمالات انتقال العدوى نتيجة تعرض وحيد

الطريقة	الاحتمال
اتصال جنسى عن طريق المهبل	٠,٠١٪
اتصال جنسى عن طريق الشرج	٠,١٪
طريق الحقن	٠,٥-١٪
نقل الدم	> ٩٠٪
عن طريق شكة إبرة عارضة	٠,١-١٪

لعب الانتقال الرأسى (من الأم لطفلها) دورا رئيسيا فى انتشار الإيدز فى أطفال أفريقيا حيث لم يكن من الممكن منع الأمهات من إرضاع أطفالهن حيث لا يوجد بديل لذلك فى ظروف الفقر المدقع المنتشر هناك. كما تسبب نقل الدم ومشتقاته فى إصابة العديد من الأبرياء فى الماضى قبل تطبيق نظام الدم الآمن عالميا، خاصة فى بعض الدول العربية التى كانت تستورده من الخارج.

أثبتت الدراسات التى أجريت على مرضى الإيدز على مستوى العالم أن التقاط العدوى تم فى معظم الأحوال عن طريق الاتصال الجنسى المهبلى (٧٠٪) وفى ١٠٪ من الحالات عن طريق الاتصال الشاذ (الشرجى) وفى ١٠٪ نتيجة تبادل المحقن بين مدمنى المخدرات أما بواسطة نقل الدم ومشتقاته فلم تتجاوز النسبة ٤٪، نتيجة التطبيق المبكر لنظام الدم الآمن.

دورة حياة فيروس ع م م وطريقة تكاثره (شكل رقم ٤)

(راجع الصفحات الملونة)

١ ـ عندما يلتقى فيروس ع م م بإحدى الخلايا التى تحمل مستقبل (CD4) على سطحها فإنه سرعان ما يلتصق بها بواسطة بروتينه المستقبل ج ب ١٢٠ لتوافق كلا المستقبلين.

٢ ـ يقترب الفيروس من جدار الخلية حين يتحد البروتين المستقبل ج ب ٤١ بمستقبل مساعد يسمى (CRX5) بحيث يندمج جدارا الفيروس والخلية مما يمكنه من دخول سيتوبلازم الخلية مستهدفا النواة.

٣ ـ يفقد الفيروس طبقاته الخارجية.

٤ ـ يتولى إنزيم (RT) تحويل المادة الوراثية للفيروس من ر ن أ إلى د ن أ حتى يمكنها الاتحاد والتكامل مع المادة الوراثية للخلية.

٥ ـ تدخل المادة الوراثية للفيروس نواة الخلية وتسخرها لتصنيع مكونات الفيروس بدلا من تصنيع احتياجاتها الخاصة. تعتبر المادة النووية د ن أ (DNA) حاملة لشفرة الحياة وهى التى تعطى الأوامر لجهاز الخلية كى يصنّع احتياجاتها من بروتينات بنيوية وإنزيمات وجيناتها، وعندما يحتلها الفيروس فإنها تعطى أوامر لتصنّع مكونات الفيروس بدلا من مكوناتها الطبيعية (بروتيناتها البنيوية وإنزيماتها ومادتها الوراثية) فتضطرب وظائفها لتموت فى النهاية.

٦ ـ يتم تجميع مكونات الفيروس المصنعة حديثا وتركيبها وبذا يتخلق فيروس جديد. يغادر الفيروس الوليد من جدار الخلية ليهاجم خلية أخرى ويبدأ دورة جديدة من دورات إكثار النوع. يلزم البروتينات المصنّعة بعض التحوير قبل تجميعها وتركيبها ويتولى إنزيم بروتييز تلك العملية المهمة.

٧ ـ تتم عملية تكاثر الفيروس بسرعة فائقة وينتج عن الجزىء الواحد آلاف الجزيئات خلال ساعات قليلة وتقدر كميات الفيروس التى تنتج يوميا بالبلايين وخلال التكاثر المحموم تتكون سلالات جديدة تختلف عن الفيروس الأصلى فى الخصائص تسمى طفرات. تسبب كثرة الطفرات مشاكل فى العلاج وفى إنتاج الطعوم الواقية.

تعد التحولات الإنزيمية (خطوة ٤ و ٦) أضعف حلقات سلسلة دورة التكاثر وتعتمد العقاقير المضادة لفيروس ع م م على توقيف وإحباط أثر الإنزيم وبذلك تقطع دورة حياته. تنحصر مضادات فيروس ع م م فى مجموعتين أساسيتين: مضادات إنزيم (RT) والأخرى مضادات إنزيم بروتييز.

سيناريو المرض ومراحله

شكل رقم (٥)

المراحل الإكلينيكية للإصابة بفيروس ع م م

	مدة الحضانة: ٦ ـ ١٢ أسبوعا بعد العدوى
١	مرحلة المرض الابتدائى (مرحلة التحول المصلى): عشرة أسابيع فى المتوسط
٢	مرحلة المرض الكامن: ٣ ـ ٥ سنوات
٣	مرحلة العوز المناعى المتوسط: ٣ ـ ٥ سنوات
٤	مرحلة العوز المناعى الشديد (الفشل المناعى التام أو مرحلة الإيدز): سنة إلى سنتين

١ ـ مرحلة المرض الابتدائى (مرحلة التحول المصلى)

مدتها عشرة أسابيع فى المتوسط.

١ ـ ١ يدخل الفيروس إلى الجسم عبر الجلد أو الأغشية المخاطية للجهاز التناسلى أو عن طريق الدم (حالات نقل الدم وتبادل المحاقن).

١ ـ ٢ يتجه الفيروس عقب دخوله إلى خلايا تحمل مستقبل (CD4) فى العقد اللمفاوية ويتخذها حصنا يتكاثر داخلها مرسلا زخات متواصلة إلى الدم. يهاجم الفيروس فئة من خلايا الدم اللمفية تسمى خلايا (CD4) فتفقد الخلايا المصابة القدرة على القيام بوظائفها فى البداية ثم تموت بعد ذلك. تعتبر الخلايا اللمفية (CD4) من أهم مكونات جهاز المناعة حيث تلعب دورا محوريا فى التنسيق بين مكوناته الأخرى.

١ ـ ٣ فى محاولة للدفاع، يحرك الجسم خلايا مناعية تسمى الخلايا اللمفية (CD8) للقضاء على الخلايا المصابة كى تحرم الفيروس من مكان تكاثره. تتزايد أعداد خلايا (CD8) مع الوقت وتنجح فى السيطرة على الموقف فتخلق حالة من التوازن بين الجسم والفيروس. يصاحب نهاية تلك المرحلة ظهور الأجسام المضادة للفيروس فى مصل الدم مما يسمح بالتشخيص المعملى للمرض.

٢. مرحلة المرض الكامن

تبدأ عقب اختفاء أعراض مرحلة المرض الابتدائى وظهور الأجسام المضادة فى الدم وتمتد لسنوات (حوالى ٣ الى ٥ سنوات) يكون جهاز المناعة خلالها قادرا على كبح جماح الفيروس. ولا تظهر على المريض خلال تلك المرحلة أية أعراض مرضية.

٣. مرحلة العوز المناعى

٣ ـ ١ مرحلة العوز المناعى المتوسط (حوالى ٣ الى ٥ سنوات) وخلالها يصيب جهاز المناعة الإجهاد وتتدهور وظائفه تدريجيا ويتوالى ظهور الأعراض المرضية للعوز المناعى، بصورة تدريجية فى البداية ثم بمعدل متسارع بعد ذلك حتى يصل المرض الى مرحلة الفشل المناعى التام.

٣ ـ ٢ مرحلة العوز المناعى الشديد (الفشل المناعى التام أو مرحلة الإيدز) تمتد من سنة إلى سنتين يفشل خلالها جهاز المناعة فى حماية الجسم من مهاجمة الكائنات الدقيقة المنتشرة فى البيئة المحيطة والتى لم يكن بوسعها دخول الجسم فى حالته الطبيعية كذا يفقد قدراته على تدمير الخلايا الشاذة التى تتكون داخل الجسم، وبذا تتحول الى خلايا سرطانية. ويمكن إجمال آثار فقدان المناعة فى الإصابة بالعدوى بسهولة وبتكوين سرطانات وكلاهما قاتل وهكذا يكون الموت المصير الحتمى المؤكد لمن أصابه فيروس ع م م فى فترة ٥ ـ١٥ سنة.

إيدز أم مرض فيروس العوز المناعى المكتسب؟

تفضل الأدبيات العلمية الآن إطلاق اسم «مرض فيروس العوز المناعى المكتسب» بدلا من «مرض الإيدز» الشائع الاستخدام بين الجمهور ووسائل الإعلام (وبعض الأطباء أيضا)، فهو أكثر دقة ويعبر عن المرض ككل بينما يعبر الإسم الثانى عن مرحلة واحدة من المرض ويغفل باقى المراحل.

الفحوص المعملية المستخدمة فى التشخيص والمتابعة

تفيد الفحوص المعملية عامة فى تأكيد التشخيص ولأهمية الموضوع يلزم الطبيب أن يكون على دراية تامة بخصائص الاختبار المعملى المستخدم حتى يحكم الحكم السليم على نتائجه، ويعتبر حساسية الاختبار ودقته أهم تلك الخصائص[1].

تنقسم اختبارات تشخيص مرض العوز المناعى المكتسب إلى مجموعتين: تكشف **الأولى** عن وجود الأجسام المضادة للفيروس التى يفرزها الجسم فى مصل الدم استجابة للإصابة (تدعى الاختبارات المصلية)، وتعتمد **الطريقة الثانية** على الكشف عن الحمض النووى للفيروس (أو أحد أجزائه) فى الدم بعد إكثاره مثل اختبار (PCR). وقد مرت الاختبارات بمراحل عديدة من التطوير والتحسين حتى وصل العلم إلى اختبارات حساسة ودقيقة يمكن الاطمئنان الى نتائجها. ولكل مجموعة استخداماتها، فتفيد الاختبارات المصلية فى تشخيص الإصابة من عدمها، بينما تفيد المجموعة الثانية فى تحديد شدة الإصابة ومدى الاستجابة للعلاج كما تستخدم أيضا فى تشخيص المراحل المبكرة من المرض قبل ظهور الأجسام المضادة.

---

(١) تعتبر حساسية الاختبار ودقته أهم تلك الخصائص. والاختبار الحساس قادر على قياس كميات ضئيلة من المادة المطلوب الكشف عنها وربما يوضح المثال التالى المفهوم: إذا كان هناك اختباران للكشف عن السكر فى البول، الأول يعطى نتائج إيجابية إذا زاد تركيز السكر عن ٤٠ مجم / ١٠٠ سم^{3} والثانى يحتاج لتواجد ٦٠ مجم/ سم^{3} لكى يعطى نتيجة إيجابية يعتبر الأول أكثر حساسية فى الكشف عن السكر. أما الاختبار الدقيق فهو الذى يكشف عن المادة المطلوب تعيينها دون غيرها وبقول آخر لا يعطى نتائج إيجابية كاذبة.

يعتمد الطبيب أيضا على عدد خلايا الدم اللمفية (CD4) فى تحديد درجة العوز(النقص) فى مناعة المريض كما يتم على أساسه تقسيم المرض الى مراحل متتالية.

أعراض مرض فيروس العوز المناعى المكتسب

تتباين الأعراض وتختلف حسب مرحلة المرض وتتراوح بين عدم وجود أعراض أو شعور المريض بأعراض بسيطة قد لا تلفت نظره أو إصابته بأمراض شديدة الوطأة مثل السرطان أو الالتهاب الرئوى أو التهاب المخ والغيبوبة.

١. مرحلة المرض الابتدائى

مدة الحضانة (من وقت دخول الفيروس الجسم حتى بداية المرض الابتدائى) من ٢ الى ٤ أسابيع.

فى ٢٠٪ من المصابين لا تظهر فى المرض الابتدائى أية أعراض أو تكون بسيطة تكاد لا تلفت النظر، أما فى ٨٠٪ منهم تظهر على المريض أعراض متنوعة (راجع جدول رقم ٦) منفردة أو مجتمعة بتوليفات كثيرة مختلفة. قد تتشابه الصورة المرضية للمرض الابتدائى مع كثير من الأمراض الأخرى؛ لذا ينبغى أن يتسلح الطبيب بالشك إذا ما صادف عرضا مشتركا بين مرض فيروس العوز المناعى المكتسب وأى مرض آخر ويطلب الفحوص المعملية اللازمة قبل إقرار التشخيص النهائى ويتطلب ذلك أخذ الأمر بأقصى درجات الحكمة والحنكة.

يستغرق ظهور الأجسام المضادة فى مصل الدم بتركيز يسمح

بالكشف عنه بعض الوقت، وقد يتطلب الأمر بعض الأسابيع ليصبح الاختبار المصلى إيجابيا (٦ إلى ١٠ أسابيع فى المتوسط قد تمتد إلى ثلاثة شهور)، وبالتالى تعطى الاختبارات المصلية نتائج سلبية فى مرحلة المرض الابتدائى وفى تلك الحالة يتم استخدام الفحوص التى تكشف عن تواجد الفيروس فى الدم مثل (PCR) لقطع الشك باليقين.

جدول رقم (٦)

الأعراض التى يمكن أن تظهر فى المرض الابتدائى

أعراض عامة	- ارتفاع درجة الحرارة - صداع - تضخم الغدد اللمفوية - آلام بالمفاصل والعضلات - شعور بالتعب - فقدان الوزن
أعراض جلدية	- طفح وردى يشبه الحصبة - قرح بالفم - إصابة الأغشية المخاطية بفطر الكانديدا - تقشير الجلد - تساقط الشعر
أعراض عصبية	- صداع - التهاب المخ وأغشيته - التهاب الأعصاب - تدهور التفكير
اعراض معوية	- التهاب المرىء وصعوبة البلع - إسهال - قىء
أعراض تنفسية	- التهاب الحلق - سعال مزمن

وبنهاية مرحلة المرض الابتدائى تختفى الأعراض تماما وتتحول الاختبارات المصلية من السلبية الى الإيجابية فى معظم الحالات (أكثر من ٩٠٪)؛ ولذا تستخدم بعض المراجع اسم مرحلة التحول المصلى مرادفا لمرحلة المرض الابتدائى.

٢ـ مرحلة العوز المناعى

يصيب جهاز المناعة الذى يعمل بأقصى جهد للسيطرة على الفيروس الإجهاد تدريجيا وينخفض عدد خلايا الدم اللمفية CD4 بصورة مضطردة، بمعدلات قليلة فى البداية تتسارع بمرور الوقت وتبدأ أعراض المرض فى الظهور بسيطة فى البداية، شديدة بعد ذلك، قاتلة فى النهاية مع زيادة مضطردة فى تركيز الفيروس فى الدم (الحمل الفيروسى).

وتنقسم مرحلة العوز المناعى حسب عدد الخلايا اللمفية (CD4) إلى ثلاث مراحل:

١ - العوز المناعى البسيط (المرض الكامن) أكثر من ٥٠٠ خلية لمفية (CD4)/ مم٣ من الدم.

٢ - مرحلة العوز المناعى المتوسط ٥٠٠ -٢٠٠ خلية لمفية (CD4) لكل مم٣ من الدم.

٣ - مرحلة العوز المناعى الشديد (الإيدز) أقل من ٢٠٠ خلية لمفية (CD4)/ مم٣.

مرحلة العوز المناعى البسيط (مرحلة المرض الكامن)

تعقب مرحلة المرض الابتدائى وتمتد خمس سنوات فى المتوسط لا تظهر خلالها أية أعراض على المريض، فيمارس حياته بشكل طبيعى

متمتعا بصحة جيدة. تتسم تلك المرحلة بالثبات المناعى، ينجح فيها جهاز المناعة فى تحديد إقامة الفيروس داخل العقد اللمفية والحد من تكاثره، وفيها يستمر معدل عد خلايا الدم اللمفية (CD4) أعلى من ٥٠٠ خلية/ مم٣.

مرحلة العوز المناعى المتوسط

وفيها تنخفض مناعة الجسم تدريجيا ـ كما يتبين من العد اللمفى ـ ثم تبدأ الأعراض فى التجلى، وتمتد المرحلة خمس سنوات فى المتوسط ينخفض خلالها عدد خلايا الدم اللمفية (CD4) بمعدلات قليلة فى البداية ثم تتضاعف ثلاث مرات قرب نهاية المرحلة. تتزايد الأعراض شدّة وخطورة كلما انخفضت المناعة لتبدأ مرحلة إيدز متى انخفض عدد خلايا الدم اللمفية (CD4) عن ٢٠٠ / مم٣.

وتجدر الإشارة إلى أن كثيرا من تلك الأمراض تصيب الإنسان الطبيعى ولكنها تنحى فى حالات العوز المناعى منحى مختلفا فتكون متكررة وأكثر شراسة وتحتاج للعلاج المستمر حيث تنتكس سريعا بعد التوقف وقد لا تستجيب أصلا. يبين جدول رقم ٧ الأعراض الأكثر شيوعا فى تلك المرحلة.

جدول رقم (٧)

الأعراض الأكثر شيوعا فى مرحلة العوز المناعى المتوسط

أعراض عامة	- نقص مستمرفى الوزن دون سبب واضح - ارتفاع درجة حرارة الجسم - تغيرات معرفية
أعراض جلدية	- هربس بسيط - هربس عصبى(الحزام النارى) - السنط - المليساء المعدية - التهابات حول منابت الشعر - التينيا بأنواعها - الإصابة بفطر الكانديدا - صدفية - إكزيما دهنية
أعراض بالفم	- الإصابة بفطر الكانديدا - اللسان المشعر - التهاب اللثة - سرطانة كابوسى
الغدد اللمفاوية	- تضخم بدون ألم
الجهاز التنفسى	- التهابات الشعب والرئتين
الجهاز التناسلى	- الإصابة بفطر الكانديدا - السنط - تغيرات سرطانية بعنق الرحم

مرحلة العوز المناعى الشديد (مرحلة الايدز)

عندما يصل العد اللمفى لأقل من ٢٠٠ خلية لمفية CD4/ مم³ يكون المرض قد وصل الى مرحلته الأخيرة وهنا تبدأ المعاناة الحقيقية الناجمة عن فشل جهاز المناعة فى حماية الجسم من الميكروبات الانتهازية والخلايا السرطانية التى تنشأ داخل الجسم. يتصاعد انهيار المناعة بسرعة ويصل العد اللمفى إلى أقل من ٥٠ خلية لمفية CD4/ م³ ويرتفع الحمل الفيروسى (عدد جزيئات الفيروس لكل مم³ من بلازما الدم) الى أعلى درجاته. وتتجلى الأمراض المختلفة ـ وهى كثيرة – لتقتل المصاب فى شهور قليلة يعانى أثناءها من أخماج وأورام وتقرحات بالجلد والأغشية المخاطية وتدهور فى التفكير يصل لحد الخرف كما يصاب بالعمى نتيجة التهاب الشبكية الفيروسى.

يبين جدول رقم ٨ أهم الأمراض التى قد تصيب المريض فى مرحلة الإيدز.

جدول رقم (٨)

أهم الامراض التى قد تصيب المريض فى مرحلة الايدز

أخماج فيروسية	- هربس بسيط متكرر ومقاوم للعلاج - هربس عصبى(الحزام النارى) متكرر - فيروس (CMV) الذى يسبب التهاب الشبكية والعمى
أخماج بكتيرية	- سالمونلا الدم - إسهال مزمن (Isosporiosis) - السل - سل الطيور
أخماج فطرية	- فطريات انتهازية تصيب الأعضاء الداخلية
أخماج طفيلية	- التهاب رئوى (Pneumocystis carinii) - التهاب المخ يسببه التوكسوبلازما
أورام سرطانية	سرطانة كابوسى سرطان لمفى سرطان لمفى بالمخ سرطان عنق الرحم
أعراض اخرى	الهزال الشديد عد خلايا لمفية (CD4) أقل من ٢٠٠

أعراض مرض ف ع م م فى أجهزة الجسم المختلفة

لبعض أعراض الإيدز شهرة خاصة سوف نتناولها فى الصفحات التالية بشىء من التفصيل وذلك حسب أجهزة الجسم المختلفة.

الجهاز المناعى

يستهدف فيروس العوز المناعى أساسا الخلايا اللمفية (CD4) التى هى من أهم مكونات جهاز المناعة حيث تلعب دورا محوريا فى التنسيق بين مكوناته الأخرى، ويمكن تشبيه دورها هذا بدور قائد الأوركسترا الذى يستخدم عصاه الصغيرة وحركاته وإيماءاته فى الربط والتنسيق بين مجموعات العازفين (باقى مكونات جهاز المناعة). بإصابة القائد يختل العزف الجميل ويبدأ النشاز ـ رغم وجود مدونة موسيقية (نوتة) لدى كل عازف ـ لغياب المنسق. يتجلى اختلال جوقة جهاز المناعة فيما يلى:

١ ـ نقص المناعة الخلوية (Cell Mediated Immunity CME) المسئولة أساسا عن مكافحة الطفيليات والفيروسات وكثير من أنواع البكتيريا مانعة إياها من توطن أعضاء الجسم، وتقوم المناعة الخلوية كذلك بالتعامل الفورى مع طفرات من الخلايا ـ تنشأ تحت الظروف العادية بسبب عوامل متنوعة ـ بقتلها قبل أن تتحول إلى أورام سرطانية.

٢ ـ زيادة إنتاج الجلوبيولينات المناعية (Immunoglobulins) **واختلال نسبها ووظائفها**

١ ـ ينتج عن ذلك ظهور أجسام مضادة تهاجم أنسجة الجسم فتسبب ما يسمى أمراض المناعة الذاتية كالتهاب الأعصاب والنزيف الجلدى (الفرفور Purpura) وفقر الدم نتيجة الانحلال المناعى لكرات الدم الحمراء (Autoimmune Haemolytic anemia) وضمور غشاء المعدة وظهور طفح حبيبى فقاعى بالجلد ـ(Pruritic papulo v-sicular eruption).

٢ ـ من الظواهر المصاحبة لاختلال جهاز المناعة زيادة كبيرة فى

الحساسية للأدوية (الطفح الدوائى) مقارنة بالأفراد العاديين ويعزى هذا الى اختلال إفراز الجلوبيولينات.

٣ ـ تتولى الجلوبيولينات المناعية أيضا مهمة مكافحة أنواع أخرى من البكتيريا غير تلك التى تقضى عليها المناعة الخلوية، وفى ظروف اختلال وظائفها يفقد الجسم سلاحا من أسلحته.

الجـــلـد

يحظى الجلد بنصيب الأسد فى مرض ع م م وتتجلى الأعراض الجلدية المختلفة والمتنوعة خلال جميع مراحل المرض. ويعد ذلك أوضح مثال ـ بعد مرض الزهرى ـ يؤكد ارتباط الأمراض الجلدية والتناسلية بعضهما ببعض واعتبارهما فرعا واحدا من فروع الطب وتخصصاته. وقد أثبتت البحوث العلمية وجود علاقة وثيقة بين الجلد وجهاز المناعة بحيث اعتبره البعض أحد مكوناته وقد يفسر ذلك كثرة الأعراض التى تظهر عليه عند اختلال جهاز المناعة. تختلف الظواهر الجلدية حسب المرحلة التى يمر بها المرض:

ـ **فى مرحلة المرض الابتدائى**: طفح وردى يشبه الحصبة، قرح بالفم، إصابة الأغشية المخاطية بفطر الكانديدا (صورة رقم ٧)، تقشر الجلد، تساقط الشعر

- **فى مرحلة العوز المناعى المتوسط** يكون الجلد أكثر قابلية للأخماج الفيروسية مثل الهربس البسيط، الهربس العصبى (الحزام النارى)، السنط والمليساء المعدية والأخماج الفطرية كالتينيا بأنواعها وفطر الكانديدا والأخماج الطفيلية مثل الجرب بالإضافة الى الصدفية والإكزيما الدهنية (أكثر الأمراض الجلدية انتشارا وتصيب ٩٠٪ من مرضى ف ع م م). وتتشابه الأعراض مع الحالات العادية لكنها تكون أكثر شدة ومتكررة ومقاومة للعلاج (صورة رقم١٠). تظهر أيضا بعض

الأعراض بالفم أهمها الإصابة بفطر الكانديدا، اللسان المشعر، التهاب اللثة، وسرطانة كابوسى.

- **حين يصل المرض لمرحلة العوز المناعى الشديد(الإيدز)** يصاب الجلد بمجموعة خطيرة من الأمراض أهمها سرطانة كابوسى (صورة رقم ٨) والسرطان اللمفاوى كما تصيبه الأخماج الانتهازية بأنواعها، كما يتغير شكل بعض الأمراض وأبرز مثال لذلك الهربس البسيط الذى يظهر فى صورة قرح جلدية مزمنة (صورة رقم ١١) تتسع ولا تستجيب للعلاج مقارنة بالصورة العادية التى يظهر فيها على هيئة بعض فقاعات صغيرة تتجمع حول الأنف أو الفم وتشفى فى غضون أيام قليلة.

الجهاز التنفسى

تتحمل الرئتين العبء الأكبر وتصاب بالالتهابات المتكررة، وكان ظهور الكثير من حالات الالتهاب الرئوى المتكرر نتيجة طفيل نيوموسستس (طفيل انتهازى). وكان انتشاره بين الرجال المثليين فى مدينة سان فرانسيسكو بالولايات المتحدة أول ما لفت أنظار الأطباء وهو الذى أدى إلى اكتشاف مرض ع م م.، وتصاب الرئتين أيضا بالدرن وبالالتهاب الرئوى التقليدى بأنواعه والخراج الرئوى.

الجهاز الهضمى

يعد الإسهال الذى يستمر لفترات طويلة أكثر أعراض الجهاز الهضمى حدوثا فى مرض ف ع م م، وينتج عن العدوى ببعض أنواع البكتيريا الانتهازية. ويسبب الإسهال وفقدان الشهية نقصا شديدا فى الوزن ينتهى بحالة الهزال التى تميز مرضى الإيدز (صورة رقم ٩).

الجهاز العصبى

تظهر أعراضه المتعددة خلال معظم مراحل المرض بما فى ذلك مرحلة الكمون، ويمكن أن تشمل الجهاز العصبى المركزى (المخ والنخاع الشوكى) أوالأعصاب الطرفية التى عندما تلتهب يشعر المريض بتنميل وحرقان بالأطراف أو شلل فى العضلات التى تغذيها الأعصاب الملتهبة. أما أعراض إصابة المخ فقد تكون وظيفية مثل تدهور مستوى التفكير واللامبالاة والخرف أو نتيجة الإصابة بالأخماج الانتهازية - خاصة فطر كريبتوكوكوس الذى يسبب التهابا مزمنا فى أغشية المخ - والأورام الخبيثة مثل لمفوما المخ، ويصاب المخ فى الأطفال بسهولة مقارنة بالبالغين.

القلب

تتأثر عضلة القلب بطريق غير مباشر فتضعف مسببة هبوط القلب بأعراضه المختلفه كالنهجان وتورم الساقين. كما يلتهب الغشاء المحيط بالقلب نتيجة الإصابة بالأخماج الانتهازية خاصة الفيروسية.

الكلى

تتأثر الكلى فى ٢٠٪ من الحالات نتيجة التأثير المباشر لفيروس ع م م والإصابة بالأخماج الانتهازية أو بسبب الأدوية المستخدمة فى العلاج، وينتهى الأمر فى جميع الأحوال بالفشل الكلوى.

العـــين

أكثر من ثلث المصابين بـ فيروس ع م م مهددين بالعمى بسبب الإصابة بالفيروس الانتهازى(CMV) الذى ينشط فى المراحل المتأخرة من المرض مسببا التهاب شبكية العين.

العـــــلاج

لا يُعنى بكلمة «العلاج» الدواء فقط بل يمتد ليشمل العديد من البنود التى يكمل بعضها البعض مثل الوقاية والمشورة والتعامل مع مختلف المضاعفات التى تنشأ خلال مراحل المرض المختلفة والمضاعفات التى قد يسببها العلاج (وما أكثرها). ينقسم العلاج الدوائى بدوره إلى العقاقير المضادة للفيروس والأدوية الواقية من المضاعفات.

العقاقير المضادة لفيروس ع م م

أفاد اكتشاف دورة حياة الفيروس وأسلوب تكاثره فى إمكان تصميم أنسب الطرق للحد من ذلك التكاثر وإيقافه وبالتبعية خفض تركيز الفيروس فى الجسم مما يعطى جهاز المناعة الفرصة – ولو لبعض الوقت ـ لالتقاط أنفاسه. وتبين أن أضعف المراحل فى دورة الحياة هى مرحلتا.التحول الإنزيمى (إنزيم RT وإنزيم بروتيناز Protienase) ومن ثم تم تخليق العقاقير التى تحبط عمل تلك الإنزيمات. تنقسم العقاقير المستخدمة إلى مجموعتين:

١ ـ مجموعة مضادات إنزيم (RT).

٢ ـ مجموعة مضادات إنزيم بروتيناز (Proteinase).

فى العام ١٩٩٤ أوصى الخبراء باتباع ما يسمى بنظام العلاج المكثف

(HAART) المكون من ثلاثة عقاقير مضادة للفيروس تعطى فى نفس الوقت للتغلب على مشكلة ظهور السلالات المقاومة للعلاج، ويراعى فى الاختيار أن ينتمى عقاران للمجموعة الأولى والثالث من المجموعة الثانية. وقد نجح نظام (HAART) فى تحسين نوعية الحياة بل وإطالتها فى كثير من المرضى بشرط استمرار العلاج المنتظم. وللأسف ينتكس المرض فور التوقف عن تعاطى الدواء لأى سبب سواء كان عدم القدرة المادية،أوحدوث مضاعفات من الدواء، أونتيجة إهمال من المريض.. إلخ).

متى نبدأ العلاج؟

لابد من اختيار التوقيت الأنسب لبدء العلاج للحصول على أفضل النتائج وقد أوصت الدراسات على ضرورة بدء العلاج بمضادات الفيروس فى الحالات التالية:

١ ـ جميع المصابين بالمرض الأولى (مرحلة التحول المصلى).

٢ ـ المرضى الذين مضى على تحولهم المصلى ٦ شهور أوأقل.

٣ ـ مع ظهور أول أعراض مرضية لدى مرضى مرحلة الكمون.

٤ ـ العاملون فى المجال الصحى إذا تعرضوا لظروف ترجح إصابتهم أثناء تعاملهم مع مريض مثل التعرض لوخزة إبرة أومشرط ملوث بدم المريض أو إفرزا ته.

٥ ـ أثناء الحمل منعا لانتقال الفيروس للجنين.

٦ ـ بالنسبة للمصابين الذين لم تظهر عليهم أعراض بعد، يعتمد قرار بدء العلاج على بعض المؤشرات المعملية مثل عد الدم والتركيز المصلى للفيروس.

إشكاليات العلاج

كما يقال فى الأمثال الشعبية «الحلو ما يكملش». لم تحل العلاجات المتاحة حاليا مشكلة مرض ف ع م م بصورة مُرضية ولا تزال هناك معوقات نلخصها فيما يلى:

١ ـ العقاقير المتاحة فى الوقت الحاضر لا تقضى على الفيروس بحيث تخلص الجسم منه تماما، وينحصر دورها فى الحد من تكاثره فيقل العبء على جهاز المناعة كما تقلل من تركيز الفيروس فى دم المريض، وبذا تقل فرص نشر العدوى للآخرين. ولما كان أثر العلاج إحباطيًا وليس قاطعا فإن العلاج المستمر ـ بمشاكله العديدة ـ يصبح ضرورة حتمية.

٢ ـ تنشأ أثناء عملية التكاثر سلالات من الفيروس مقاومة للعلاج مما يفقد العقار(أو العقاقير) الفاعلية، وقد تظهر تلك السلالات بعد وقت قصيرمن بدء العلاج.

٣ ـ كثرة الآثار الجانبية للعلاج وخطورتها قد تحتم التوقف عن مواصلة العلاج فى أحيان كثيرة.

٤ ـ التداخلات العلاجية بين الأدوية تحتم الحرص الشديد عند وصف أى علاج جديد سواء كان لمرض الإيدز أو لغيره.

٥ ـ التكلفة العالية «الفلكية» للعلاج.

الوقاية من الإصابة

لا تزال الوقاية تمثل حجر الزاوية فى مكافحة انتشار وباء الإيدز الذى أصبح يهدد الإنسانية بالفناء فيما لو استمر معدل الانتشار على

ما هو عليه حاليا. ويمكن تلخيصها فى جملة واحدة جاءت فى جميع الكتب السماوية وتعاليم المصلحين الأخلاقيين «**لا تزنى**»، كما نهت عن الممارسات الجنسية الشاذة (اللواط) واستعمال مغيبات العقل كالمشروبات الكحولية والمخدرات. تفقد الخمر شاربها الحكم الصحيح على الأمور وتنقل حقن المخدرات الفيروس من مصاب للآخر، وكلاهما يفقد المتعاطى احترام الذات فيسهل عليه التورط فى ممارسات مشبوهة اجتماعيا وجنسيا. وما فتئت العلاقات الجنسية الطريقة المسئولة عن انتقال المرض حسب جميع الإحصائيات العلمية على مستوى العالم والاتصال الجنسى غريزة غير قابلة للإلغاء ولكنها قابلة للسيطرة.

الوقاية من اكتساب العدوى عن طريق الممارسة الجنسية

- تشجيع الزواج مع الاقتصار على العلاقة الزوجية دون غيرها.
- الابتعاد عن مضاجعة محترفات ومحترفى البغاء أو مع من يعرف عنه كثرة العلاقات الجنسية بصفة عامة.
- ممارسة الجنس الآمن وهو الاتصال الذى لا تنتقل فيه السوائل الجنسية من طرف لآخر، ويعد الاتصال الجنسى باستخدام الواقى الذكرى (الكبود او الفرنش كما يطلق عليه العامة) من الطرق الآمنة التى تحمى من انتقال فيروس الإيدز كما يسمح استخدامه بممارسة العلاقات الجنسية الزوجية فى حالة إصابة أحد الزوجين بالمرض. وقد يسأل السائل هل ينبغى أن يستخدم الواقى إذا كان كلا الزوجين مصابا بالمرض؟ والإجابة نعم، وذلك حتى لا يتبادلان سلالات جديدة طافرة قد يكون بعضها مقاوما للعلاج. وفى البلاد التى تسمح

بالدعارة المنظمة تفرض السلطات استخدام الواقى الذكرى إجباريا كما نشرت الوعى بين الموسمات حيث يشترطن على المرتادين (الزبائن) ضرورة استعماله. وقد أدى ذلك الى انخفاض معدلات انتقال الأمراض المنقولة جنسيا بصورة ملموسة، ويتخذ مؤيدو السماح بالدعارة المنظمة المحكومة ذلك حجة تؤيد وجهة نظرهم عن خطورة استمرار ممارسة الدعارة ـ التى تعتبر ظاهرة إنسانية ـ فى الخفاء.

- التوسع فى ختان الذكور خاصة فى بلاد أفريقيا جنوب الصحراء للاستفادة من آثاره الواقية المكتشفة حديثا.

الإيدز وختان الذكور

خلال عام ٢٠٠٦ وأوائل عام ٢٠٠٧ ظهرت فى مجلات علمية رصينة نتائج أبحاث ذات مصداقية عالية تؤكد أن ختان الذكور يقلل من احتمالات الإصابة بفيروس الإيدز، وكان لتلك الأخبار دوى عالمى واعتبرت الجهات المعنية هذا الاكتشاف مماثلا لتحديد الفيروس المسبب واكتشاف العلاجات المضادة للفيروس.

يعتمد العلم على ثلاث خطوات رئيسية للجزم بصحة أى نظرية واعتمادها حقيقة علمية مؤكدة، أولاها ملاحظة ظاهرة ما وتكرارها، ثم تجميع تلك الظواهر وتحليلها وصياغة فرض أو نظرية منها وفى النهاية يُخْتبَر الفرض بإجراء تجارب علمية ذات مواصفات مشددة تمنع وجود أى احتمال للصدفة فنخرج بنتائج عالية المصداقية بحيث تؤكد النتائج المُلاحَظَة أوتنفيها. لو طبقنا تلك الخطوات على موضوع العلاقة بين ختان الذكور والإصابة بفيروس الإيدز نجد أن بداية الأمر كانت

ملاحظات فردية متناثرة تشير إلى قلة الإصابة نسبيا فى المجتمعات التى ينتشر بها ختان الذكور مقارنة بالمجتمعات التى لا تمارسه، كذا انتشار الإصابة بصورة أعلى فى غير المختتنين فى نفس المجتمع. تكررت الظاهرة وشكلت فرضا وبدأت الخطوات النهائية لاختبار الفرض، بدأت مجموعات بحثية مختلفة عام ٢٠٠٣ و٢٠٠٤ إجراء دراسات أكدت الأثر الإيجابى لختان الذكور على معدلات الإصابة بفيروس الإيدز، وسوف نلخص نتائج بعض من تلك الدراسات فى الفقرات التالية:

- دراسة أجريت فى منطقة راكاى فى أوغندا قام بها جراى وزملاؤه من جامعة جونز هوبكنز بالولايات المتحدة ونشرت مؤخرا فى مجلة لانست (من أوسع المجلات الطبية عراقة وانتشارا) فى ٢٤ فبراير ٢٠٠٧[1].

أجرى البحث فى إحدى المناطق الريفية من أوغندا على قرابة خمسة آلاف رجل (تحديدا ٤٩٩٦) تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ سنة وجميعهم من غير المختتنين وممن لا يحملون فيروس الإيدز (غير مصابين وقت بدء التجربة كما أثبتت التحاليل المصلية). تم توزيع أفراد البحث عشوائيا على مجموعتين، أجريت عملية الختان لأفراد المجموعة الأولى (٢٤٧٤) بينما تُرِك رجال المجموعة الثانية (٢٥٢٢) بدون ختان. تمت متابعة عينة البحث على فترات (٦ شهور ثم سنة ثم فى نهاية البحث بعد سنتين) حيث كانت تجرى لهم الفحوصات اللازمة وأهمها التحاليل المصلية لفيروس الإيدز. وتبين فى نهاية الأمر أن الإصابة بالمرض كانت أقل بنسبة ٦٠٪ فى المجموعة الأولى عن الثانية.

---

(1) Gray RH et al:. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. Lancet. 2007 Feb 24;369 (9562): 657-66.

أجريت دراسة مماثلة فى كينيا قورن فيها ١,٣٩١ ذكر مختن مع ١,٣٩٣ ممن لم يختنوا وأعطت نفس النتائج مما أكد فعالية الختان فى الحماية من الإصابة(١).

يكمن التفسير العلمى لتلك الظاهرة فى سهولة مرور الفيروس من خلايا الطبقة الطلائية الرقيقة التى تغطى القلفة بالإضافة الى الحماية التى تعطيها البيئة الدافئة الرطبة التى تسود الجزء الواقع بين القلفة ورأس القضيب للفيروس وتسمح له بتكوين رأس جسر على الجلد يمكّنه من اختراقه فيما بعد.

كان لاكتشاف الأثر الواقى لختان الذكور على الحد من انتقال عدوى الإيدز دوى فى الأوساط الطبية المعنية بمكافحة الوباء ووفر لهم وسيلة فعالة تضاف الى وسائل أخرى مثل نشر استعمال الواقى الذكرى وخلافه. وصف المسئولون فى منظمة الصحة العالمية الاكتشاف بأنه يعتبر «بصيصا من النور فى النفق المظلم» وأجرت دراسة لتقييم أثر التوسع فى عمليات الختان على معدلات الانتشار والوفيات المتوقعة فيها لوطبق على نطاق واسع فى المناطق التى ينتشر بها المرض وتقل بها نسبة الذكور المختتنين مثل أفريقيا الجنوبية، ووجدت أن الختان فى تلك المنطقة سوف يمنع ٥,٧ مليون إصابة جديدة كما ينقذ ٣ ملايين إنسان من الموت(٢).

---

(1) Baily RC et al: Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumul Kenya a randomised controlled trial. Lancet. 2007 Feb 24;369(9562):643-56

(2) Williams BG et al.: The potential impact of male circumcision on HIV in Sub-Sahran Africa. PLoS Med. 2006 Jul;3 (7):e262.

وقاية الأطفال

ينتقل الفيروس من الأم لجنينها عن طريق المشيمة (الخلاص) أو أثناء الولادة عند تلوث الخدوش البسيطة بجلد المولود بدم الأم المصابة كما ينتقل أيضاً للمولود بواسطة لبن الأم، وتزيد فرص الانتقال كلما ارتفع تركيز الفيروس (الحمل الفيروسى) فى دم الأم. ولتقليل الفرص تعالج الأم المصابة بمضادات الفيروس أثناء الحمل لخفض الحمل الفيروسى ثم تعطى المضادات للمولود لفترة وجيزة. وليس لهذا العلاج آثار ضارة بالأم أو الوليد. ومن المعروف أن الرضاعة الطبيعية من الأم المصابة تحمل بعض المخاطر؛ ولذا تفضل الرضاعة الصناعية شريطة توافر الإمكانيات المادية للأسرة، وفى حالة تعذر ذلك يمكن استعمال لبن الأم بعد تعقيمه. يتم شفط اللبن من الثدى فى زجاجة توضع فى حمام مائى ساخن لمدة عشرين دقيقة وبذلك يتم تعقيمه.

الوقاية أثناء الحقن

يتبقى بعض الدم فى المحقن وفراغ الإبرة بعد الحقن فإذا استُخْدِم مرة أخرى انتقل الدم الملوث للشخص الآخر. ويُنصَح باستخدام المحقن لمرة واحدة يتم التخلص منه فورا بطريقة آمنة. وقد ينتقل المرض عن طريق إبر الوشم وآلات الطهارة وأمواس الحلاقة خاصة فى وجود بقايا من دم المريض عليها وينبغى تعقيمها أو غسلها عقب كل استعمال.

وقاية العاملين فى المجال الصحى

قد يتعرض العاملون فى المجال الصحى لانتقال الفيروس إذا ما لامسوا سوائل المريض أو تعرضوا لوخزة إبرة أو مشرط أو أى من

الآلات الجارحة أثناء العمل، ويتحتم اتباع التعليمات المستديمة التى أصدرتها السلطات الصحية فى كيفية الحماية من اكتساب الأمراض التى تنتقل عن طريق السوائل (ومن ضمنها فيروس الإيدز) بكل دقة ومجملها:

- تجنب ملامسة الدم والسوائل بدون حائل (جوانتى مثلا) ومراعاة نفس الاحتياطات عند الغيار على الجروح والقرح.
- غسل الأيدى جيدا بالماء الدافئ والصابون قبل استخدام المطهرات.
- ينطبق نفس الشىء على العاملين فى التحاليل الطبية.
- التخلص الفورى من أية مناشف أوضمادات شاش تكون ملوثة بالدم أو السوائل كما يتم غسيل الملابس الملوثة بالماء الساخن قبل تطهيرها بالمطهرات.

المشورة

تلعب المشورة دوراً أساسيا فى الوقاية، وفيها يتم توجيه المرضى وأسرهم ومخالطيهم لأنسب الطرق التى تحد من انتشار العدوى وتوضح لهم كيف يستطيع المصاب ممارسة الحياة الطبيعية مندمجا مع المجتمع، كما تهتم المشورة بالمحافظة على صحة المريض وتوضح له أساليب الوقاية من مضاعفات المرض والعلاج المناسب للمرحلة.

يقدم المشورة متخصصون على درجة عالية من التدريب فى صورة اجتماعات مع المريض أو أسرته ومخالطيه بهدف الإجابة عن أية تساؤلات فيما يختص بالمرض والإرشاد والتوضيح بأسلوب علمى صحيح مبسط فى جو من الاحترام والثقة والخصوصية، وعادة ما تتكرر

الجلسات (الاجتماعات) طبقا لبرنامج محدد أو كلما دعت الحاجة. ويقدم برنامج الإيدز الوطنى المصرى ـ الذى أسس بالتعاون بين وزارة الصحة والسكان ومنظمة الصحة العالمية ـ خدمة المشورة للمرضى إلى جانب خدمات كثيرة أخرى فى مجالات توعية المواطنين وإجراء الفحص الطوعى لمن يرغب (مع ضمان السرية التامة لاسم وصِفَة طالب التحْليل) كذا الإجابة عن تساؤلات المواطنين عن طريق الاتصال التليفونى فيما يتعلق بجميع الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز.

الطعم الواقى

لعب التطعيم ضد الأمراض عامة دورا محوريا فى الحد من انتشار كثير من الأوبئة التى كانت تشكل رعبا للبشرية مثل الكوليرا والتيفود والجدرى وشلل الأطفال والسعال الديكى والحصبة والدرن. وفور ظهور وباء الإيدز بدأ العلماء دراسة كيفية عمل طعم واقٍ. واجه المختصون العديد من الصعوبات وتغلبوا على الكثير منها ولكن لا تزال هناك مشاكل تمنع وجود طعم واحد قادر على الوقاية من كل السلالات الفيروسية التى تتكون أثناء عملية التكاثر (وتعد بالملايين).

المشاكل الاجتماعية لمرضى الإيدز

الوصمة والتمييز والعزل والإبعاد من أكثر المشكلات التى يجابهها مرضى الإيدز فى تعاملاتهم مع المجتمع. فالإصابة بالإيدز لا تزال تعتبر وصمة عار تحط من شأن المصاب نظرا لارتباط العدوى بسلوكيات ترفضها وتدينها أغلب المجتمعات. والنتيجة المباشرة لذلك التمييز الاجتماعى بين المصاب والسليم، فكم من مرضى فُصِلوا من أعمالهم

أو هجرهم الأصدقاء وأفراد الأسرة عقب ذيوع خبر إصابتهم، ووصل الأمر فى بعض الأحيان لقتلهم خلاصا من مشاكلهم. امتد التمييز ليشمل أيضا الأطفال الأبرياء الذين لم يكن لهم يد فى إصابتهم، وشمل فرصهم فى التعليم وتوزيع المعونات والرعاية النفسية والصحية وطُبِق عليهم كل ما يخالف حقوق الإنسان. تشكل كل من الوصمة والتمييز عائقا أمام استراتيجيات مكافحة الوباء أبسطها إحجام الأفراد عن إجراء فحوص الإيدز خوفا من انتقالهم لمجموعة «الخراف السوداء» لو جاءت نتيجة التحليل إيجابية. تحاول الجهات المعنية بالمكافحة محاربة التمييز بشتى الطرق وحث أفراد المجتمع على تبنى نظرة منصفة مبنية على أساس أن المريض فى محنة ويحتاج إلى المساعدة والمواساة بدلا من العزل والزجر. وقد يستغرق تكريس ذلك التوجه الكثير من الوقت، فالإنصاف ليس من الشيم المطبوعة فى البشر.

أكثر الأسئلة عن مرض الإيدز تكرارا

سوف نعرض فى هذا الجزء الأسئلة التى طرحها الجمهور فى ندوات التوعية التى شاركت فيها على مدى عدة سنوات والملاحظ أن نفس الأسئلة تكررت فى معظم الندوات أيا كان المستوى الثقافى للحضور، وهناك بعض الأسئلة تميزت بجرأة غير معتادة شجعها الجو العلمى الشفاف الذى تعمَّد المحاضرون إشاعته بين الحضور لزيادة الفائدة.

س ـ ما هى أكثر طرق نقل العدوى شيوعا؟

ج ـ الممارسة الجنسية مسئولة عن ٨٠٪ من الحالات على مستوى العالم.

س ـ إذا كان ولا بد... هل هناك طريقة لتقليل الخطر؟

ج ـ نعم باستعمال الواقى الذكرى أو الواقى الأنثوى.

لاحظ أن المجيب لم يتخذ موقفا أخلاقيا من المحاور كأن يرد مؤنبا «يعنى إيه لابد يا أخى اتقِ الله» للالتزام بأقصى درجات الموضوعية أثناء الحوار، وتجنبا لإحباط باقى المستمعين وضمان استمرارهم فى توجيه الأسئلة وفتح مواضيع جديدة متنوعة.

س ـ سمعنا من أحد المحاضرين تعبير الجنس الآمن فما هو؟

ج ـ هو ممارسة الجنس بطريقة تمنع اختلاط سوائل الشخصين مثل استخدام الواقى الذكرى، كذا الامتناع عن ممارسة الجنس الفموى خاصة النساء أومن يقوم بدورها فى اللواط.

س ـ ما معنى تعبير «الجنس الفموى»؟

ج ـ استخدام الفم فى لعق أو مص العضو التناسلى للطرف الآخر.

س ـ سمعنا أن الجنس الفموى أكثر خطورة على النساء مقارنة بالرجال، فما صحة ذلك وما تفسيره؟

ج ـ معلومة صحيحة. وتفسيرها أن السائل المنوى يحتوى على تركيز أعلى من الفيروس مقارنة بالإفرازات المهبلية، ويجب ملاحظة أن المرأة تكون معدية أكثر لو خالط الإفرازات دم بسبب الحيض أو أية أسباب أخرى.

س ـ هل النساء أكثر عرضة للإصابة من الرجال؟

ج ـ نعم. للأسباب التالية:

كبر المساحة المتاحة لدخول الفيروس (جدار المهبل).

احتواء السائل المنوى على تركيز عالٍ من الفيروس.

بقاء المنى داخل المهبل لفترة بعد الجماع.

س ـ سمعنا أن العدوى بالإيدز تتطلب علاقات جنسية متكررة مع نفس الشخص فهل يمكن أن تحدث الإصابة من مرة واحدة؟

ج ـ صحة المعلومة أن العلاقات الجنسية المتكررة تزيد من احتمالات العدوى بصورة كبيرة، لكن علاقة واحدة كافية أيضا. وأذكر قصة مريض من مرضاى ظهرت عليه بعض الأعراض دفعتنى لطلب تحليل دم جاءت نتيجته إيجابية وخلال جلسة المشورة ذكر أنه متزوج وملتزم وأنه لم يمارس الجنس قبل الزواج سوى مرة وحيدة قبل ١٢ عاما مع بغىّ أثناء رحلة لبلد أوروبى.

س ـ هل الممارسة المثلية بين الرجال أكثر خطرا من الممارسة الجنسية العادية ولماذا؟

ج ـ نعم. يبلغ احتمال نقل العدوى عن طريق الممارسة الشرجية مائة ضعف الممارسة المهبلية بسبب الجروح البسيطة المصاحبة للممارسة غير الطبيعية.

س ـ ما درجة الخطورة فى التقبيل؟

ج ـ لا ينتقل فيروس الإيدز بالتقبيل لأن تركيز الفيروس منخفض جدا فى اللعاب.

س ـ هل يشترط الإدخال الكامل للقضيب لحدوث العدوى ؟

ج ـ تحدث العدوى سواء تم الإيلاج أو لم يتم.

س ـ هل يسبب لدغ الحشرات التى تعيش على الدم مثل البعوض والبراغيث والبق والقمل نقل العدوى؟

ج ـ لا ينتقل المرض عن طريق لدغ الحشرات.

س ـ ما هى أسباب الوفاة فى الإيدز؟

ج ـ العديد من الأسباب وغالبا ما يتضافر أكثر من سبب ليعجل بالوفاة. والأسباب الأكثر شيوعا هى: الإصابة بالميكروبات الانتهازية، الأورام الخبيثة، الهزال الشديد، مضاعفات العلاج.

س ـ لماذا تستخدم ثلاثة أدوية مضادة للفيروس فى نفس الوقت؟

ج ـ من خصائص فيروس العوز المناعى المكتسب إنتاج الملايين من الطِفرات أثناء تكاثره، يقاوم الكثير منها عقار أو آخر من العلاج المستخدم. واستعمال ثلاثة عقاقير ـ يستهدف كل منها مرحلة مختلفة فى دورة حياة الفيروس ـ يضمن فعالية العلاج ككل.

س ـ هل يشفى الإيدز تماما بالعلاج بمضادات الفيروس

ج ـ لا. مهمة العلاج الرئيسية كبح جماح الفيروس ومنع تكاثره مع تخفيض تركيزه فى الدم وباقى سوائل الجسم.

س ـ ما هى مدة العلاج؟

ج ـ طول العمر. إذ ينتكس المرض فور التوقف عن تعاطى الأدوية.

س ـ ما هى فائدة العلاج إذن ؟

ج ـ للعلاج العديد من الفوائد أهمها:

- إطالة العمر.
- تحسين نوعية الحياة.
- إراحة جهاز المناعة المنهك من العبء الفيروسى.
- تقليل فرص انتقال العدوى للآخرين خاصة الحوامل.

س ـ ما هو حدود المسموح به فى التعامل مع زميل أو فرد من الأسرة مريض بالإيدز؟

ج ـ لا ينتقل المرض بالممارسات اليومية التالية:

المشاركة فى استعمال المرحاض، الحمام، حوض السباحة، الملابس، الأطباق، أدوات المائدة، سماعة التليفون.

الرذاذ الخارج من الفم أثناء العطس والسعال لا ينقل العدوى.

المصافحة والأحضان والتقبيل مسموح بها.

ولكن يجب الامتناع عن لمس جروحه الظاهرة المكشوفة أو دمه.

س ـ وماذا عن عيادات الأطباء وأطباء الأسنان والمستشفيات ومحلات الحلاقة ؟

ج ـ كلها مناطق آمنة.

الفصل الرابع

الزُهرى وقرح الجهاز التناسلى

ينطق الجمهور الاسم بضم الزاى وصحتها بالفتح حيث ينسب الاسم لفينوس إلهة الحب الذى سُمى كوكب الزَهرة باسمها. لا تزال الأسئلة عن توقيت ظهور مرض الزهرى فى تاريخ البشرية معلقة لم تحسم بعد فى تاريخ العلم: هل بدأ منذ وقت سحيق فى العالم القديم؟ أم جاء إليه من العالم الجديد مع بحارة كريستوفر كولومبس عقب اكتشاف أمريكا؟ تعتبر أوبئة الزهرى التى انتشرت فى أوروبا بداية من حصار نابولى فى القرن الخامس عشر أول إشارة تاريخية موثقة جيدا.

هناك ثلاث نظريات متداولة عن تاريخ مرض الزهرى: تزعم أُولاها انتقاله من جزر الهند الغربية التى كان متوطنا بها إلى أوروبا مع بحارة كولومبس حيث تشير الدراسات إلى وجود ما يثبت إصابة الهياكل العظمية للسكان الأصليين الذين عاشوا قبل اكتشاف أمريكا بالزهرى ويدعم هذه النظرية عدم وجود تلك العلامات فى مومياوات المصريين القدماء، وتعتقد النظرية الثانية أن الزهرى كان موجودا منذ القدم فى صورة حالات فردية فى أوروبا ثم ما لبث أن تحول إلى وباء فى القرن الخامس

عشر نتيجة الحروب وما يصاحبها من ترك الجنود أسرهم لفترات طويلة ومن ثم اضطرارهم لمعاشرة المومسات اللائى كن يصحبن الجيوش فى تحركاتها (إضافة الى أرباب الملاهى وباعة الأطعمة وكل ما يلزم الإقامة الطويلة). وتقول النظرية الثالثة: إن المرض نشأ نتيجة تطور بيولوجى لبعض البكتيريا الحلزونية التى تسبب أمراضا لا تنتقل بالمعاشرة الجنسية ولها نفس خصائص حلزون الزهرى ولا تزال موجودة للآن فى مناطق جغرافية محدودة من العالم مثل أمراض البيجل (Bejel) فى شبه الجزيرة العربية وبينتا (Pinta) فى أمريكا الجنوبية.

شغل الزهرى الأوساط الطبية منذ القرن الخامس عشر لانتشاره ولآثاره المدمرة على صحة المصاب كذا لغياب علاج فعال له حتى القرن العشرين حين اكتُشفت مركبات الزرنيخ فى أوائله ثم البنسلين فى أربعينياته. لم يقتصر المرض على عامة الناس بل أصاب البيوت الحاكمة والبلاط والنبلاء الأرستقراطيين ومشاهير الفنانين والأدباء، وهناك قوائم طويلة بأسماء من أصيب من الفنانين والأدباء والملوك فى كتب التاريخ عامة وتاريخ الطب خاصة. أوحى المرض ومآسيه بأعمال عديدة للأدباء والشعراء ومن الطريف أن اسم المرض باللاتينية (سفلس Syphilis) جاء من قصيدة للشاعر فراكاستوريوس يصف فيها ما أصاب راعى إبراشية يدعى سفلس من خزى وتدمير صحى نتيجة إصابته بالزهرى.

الميكروب المسبب

تريبونيما باليدم (Treponema pallidum) بكتيريا ذات شكل لولبى (تشبه البريمة المستخدمة فى انتزاع الفِلَّة من الزجاجة) يختلف عن باقى الميكروبات اللولبية بقدرته على الحركة وشدة رفعه، ولم يمكن حتى اليوم تزريعه خارج الجسم على الوسائط الصناعية مثل الكثير من

الميكروبات. ولولب الزهرى مثل باقى مسببات الأمراض المنقولة جنسيا شديد الضعف خارج الجسم ويسهل القضاء عليه بالمطهرات البسيطة مثل الماء والصابون كما أنه لا يتحمل الجفاف أو تغيرات درجة الحرارة.

انتقال العدوى

ينقسم المرض إلى نوعين حسب طريقة انتقال العدوى: **الزهرى المكتسب** تنتقل فيه العدوى بالاتصال الجنسى ويصيب البالغين **والزهرى الوراثى** الذى ينتقل من الأم لطفلها عن طريق المشيمة.

الاتصال الجنسى مسئول عن الغالبية العظمى من النوع المكتسب (٩٥٪) وقد ينتقل الميكروب فى قِلّة من الحالات (٥٪) عن طريق نقل الدم أو المحاقن وإبر الوشم وآلات الختان وأمواس الحلاقة الملوثة والتلامس المباشر.

مراحل المرض (جدول رقم ١)

بعد مدة حضانة تقدر بثلاثة أو أربعة أسابيع فى المتوسط (تتراوح بين ٩ الى ٩٠ يوما) تبدأ أول الأعراض (**الطور الأول**) فى الظهور على موضع دخول الميكروب على شكل حبة جلدية أو قرحة تختفى بدون علاج فى غضون شهر ونصف إلى ثلاثة (٦ إلى ١٢ أسبوعا) لتبدأ ظهور أعراض الطور الثانى وقد يتزامن بداية الطور الثانى مع نهاية الطور الأول أو تفصلهما فترة زمنية قصيرة. يتوالى ظهور أعراض الطور الثانى على مدى أسابيع أو شهور قليلة لتختفى أيضا بدون علاج ولا يعد ذلك شفاءً حيث يبقى الميكروب حيا داخل الجسم محدثا تأثيره المرضى

بدرجة أقل حدة كما يتضح من استمرار إيجابية الاختبارات المصلية. يطلق على المرحلة التى تعقب الطور الثانى مرحلة الكمون أو مرحلة المرض الكامن، وتستمر لسنوات قد تبلغ أكثر من عشر سنوات حيث تنتهى بظهور علامات الطور الثالث والأخير. يصل حوالى (٥٠٪) فقط من المرضى إلى تلك المرحلة بينما يستمر حوالى (٢٥٪) فى مرحلة المرض الكامن وفى الربع الباقى من المصابين تقضى مقاومة الجسم على الميكروب.

التقسيم (جدول رقم ١)

تقسم المراجع الطبية الزهرى المكتسب الى مرحلتين أساسيتين هما:

- **الزهرى الحاد** أو المعدى ويشمل:
  - **المرحلة الأولى** (القرحة الموضعية)
  - **المرحلة الثانية** (الأعراض المنتشرة)
  - **السنتان الأوليان** من مرحلة المرض الكامن وتتميز إصابات الزهرى الحاد بوجود أعداد كبيرة من الميكروب بها وتحمل بالتالى خطر نقل العدوى للآخرين.
- **الزهرى المزمن** أو المتأخر (غير المعدى) ويشمل:
  - مرحلة **المرض** الكامن المتأخر (بعد مضى سنتين)
  - **الطور الثالث** الذى يشمل بدوره
  - **الجاما (بعد ٣ ـ ٧ سنوات).**

- إصابات الخلايا البرانشيمية للجهاز العصبى والدورى (بعد ١٠ - ١٥ سنة).

ولا تحتوى إصابات المرحلة المتأخرة على ميكروب الزهرى وهى بالتالى غير معدية.

الطور الأول للزهرى المكتسب (القرحة الأولية)

تظهر الإصابة على هيئة حبة صغيرة لونها أحمر غامق تكبر فى الحجم حتى يصل قطرها إلى واحد سنتيمتر أو أزيد قليلا ثم يتقرح سطحها، وتظل على حجمها إلى أن تختفى بعد أسابيع تاركة ندبة. تتوضع القرحة على جلد الأعضاء التناسلية فى ٩٥٪ من الحالات مثل القضيب والعانة وكيس الصفن وأعلى الفخذ وحول فتحة الشرج فى الذكور وعلى الشفرين والعانة والأفخاذ أو مختبئة على عنق الرحم فى الإناث. ونادرا (٥٪) ما تظهر على مناطق خارج الأعضاء التناسلية مثل الشفاه واللسان والثدى والوجه والأجفان.

خصائص القرحة الأولية

- غير مؤلمة.

- غير متعددة أى واحدة فى العدد.

- مستديرة، صلبة القاعدة كأنها زرار مدفون فى الجلد.

- تنضح القرحة كمية بسيطة من سائل لونه أصفر فاتح يخلف قشرة صمغية عندما يجف ويحتوى على أعداد كبيرة من الميكروب اللولبى.

- تتضخم العقد اللمفاوية الموجودة عند الثنية أعلى الفخذ عند اتصاله بالجذع (الثنية الإربية) و فى كلتا الناحيتين اليسرى واليمنى ولا يصحبها ألم.

الطور الثانى للزهرى المكتسب

تظهر أعراض الطور الثانى للزهرى المكتسب بعد شهر ونصف إلى شهرين من بداية القرحة الأولية وقد يتزامنان لفترة قصيرة. يسمى الطور الثانى طور الانتشار حيث يصيب جميع أعضاء الجسم (ما عدا المبيضين فى الإناث) وعادة لا تظهر جميع الأعراض مجتمعة ولكن فى مجموعات متتالية، تختفى مجموعة لتتكون مجموعة أخرى وهكذا على مدى شهور. وليس بالضرورة أن يصاب المريض بجميع الظواهر المرضية التى سيلى ذكرها بل فى مجموعات تختلف من إنسان لآخر تحددها طبيعة التفاعلات بين جهاز مناعة المصاب وميكروب الزهرى الى أن تستطيع المناعة احتواءه والحد من شراسته وإجباره على الكمون فى نهاية الطور الثانى.

أعراض الطور الثانى

١ ـ طفح جلدى مختلف الأشكال، يتشابه مع العديد من الأمراض الجلدية البريئة ويتطلب التفريق بينها تدريب رفيع فى مجال تخصص أمراض الجلد، وكان ذلك أهم مبررات ضم الأمراض المنقولة جنسيا للأمرض الجلدية.

٢ ـ بقع غشائية بيضاء تتكون على الأغشية المخاطية عامة والفم خاصة (اللسان، الشدق، الحلق) وقد تصيب الحبال الصوتية بالحنجرة

فيكتسب الصوت بحة مميزة أطلق عليها البريطانيون عليها اسم «صوت منتصف الليل والجين» (أى الناتج عن التعرض لبرد الليل وشرب خمر الجين)، كما تصيب أيضا الأغشية المخاطية للمهبل وعنق الرحم وقناة مجرى البول.

٣ ـ أورام لحمية ذات سطح أبيض اللون تظهر فى مناطق التقاء الجلد ولأغشية المخاطية تسمى الكونديلوما البيضاء (Condyloma Lata) تشبه السنط وتتوضع حول الشرج والمهبل والثنايا بين الأعضاء التناسلية والفخذ.

٤ ـ تضخم عام بالعقد اللمفاوية خاصة بالرقبة والإبط وباقى مجموعات العقد السطحية.

٥ ـ ارتفاع درجة الحرارة

٦ ـ صداع

٧ ـ التهاب قزحية العين

٨ ـ إصابات مختلفة بالجهاز العصبى

٩ ـ التهاب الأغشية المغطية للعظام مسببة آلام مبرحة خاصة ليلا.

١٠ ـ التهاب الكبد مع ظهور الصفراء فى الحالات الشديدة.

١١ ـ التهاب الكلى وظهور زلال فى البول.

بالإضافة الى أعراض أخرى لا مجال لذكرها لندرة حدوثها.

والأعراض من ١ الى ٤ تشكل أكثر الأعراض حدوثا وقد يظهر معها أى من الأعراض الأخرى.

تحتوى إصابات الطور الثانى على كميات كبيرة من الميكروب وتحمل خطر نقل العدوى للآخرين.

الطور الثالث للزهرى المكتسب

عقب اختفاء أعراض الطور الثانى يدخل المرض مرحلة المرض الكامن ويبقى فى تلك المرحلة حتى ظهور أعراض الطور الثالث ويستغرق ذلك سنوات عدة بلغت العشرين عاما فى بعض الحالات، ويختلف نوع وتوقيت ظهورها من مصاب لآخر.

تنقسم الأعراض الى قسمين

١ ـ **القرح الصمغية** (جاما Gumma) : تظهر بعد ثلاث إلى سبع سنوات فى المتوسط. تتكون فى أنسجة الجلد والأغشية المخاطية والعظام (وبالأخص العظام المفلطحة كالجمجمة والقص) والأعضاء الداخلية مثل المخ والكبد والخصيتين والحنجرة والحلق وقد تصيب أكثر من عضو. للقرحة الصمغية خصائص تميزها عن باقى أنواع القرح لكونها جامدة وغير مؤلمة ولا يصحبها تضخم العقد اللمفاوية الموضعية. وجدير بالذكر أن القرح الصمغية لا تحتوى على الميكروب المسبب ولذلك فهى غير معدية.

٢ ـ **إصابة الجهازين الدورى والعصبى**: تظهر بعد عشرة الى خمسة عشر عاما بعد بداية المرض وتتجلى فيها الآثار الخطيرة المدمرة التى تنتهى بالوفاة عقب فترات طويلة من المعاناة الشديدة، ولعلنا لا زلنا نذكر قصيدة الشاعر اللاتينى فراكاستوريوس التى أعطت المرض اسمه الحالى ومطلعها «أصاب سفلس المرض المدمر». يصيب

الزهرى الشرايين وأهمها الشريان الأورطى مسببا هبوط عضلة القلب كما يؤثر على جـدار الشـرايـن مخلفـاً انتفاخات ضعيفة لا تتحمل ضغط الدم تنفجر مؤديـة للوفـاة فى لحظات.

وتشمل إصابات الجهاز العصبى فى تلك المرحلة المخ والحبل الشوكى. تـؤدى إصابـة المخ إلى اضمحلال الخلايا العصبيـة للقشـرة المخيـة مسببة مـرضا يطلـق عليـه «الشلل العام لمختل العقل» (General paralysis of the insane)، يبدأ بتغيرات سلوكية وينتهى بالجنون والشلل. جدير بالذكر أن إصابة الجهاز العصبـى لا تقتصر على المرحلة الثالثة فقط وقد يصاب أيضا فى باقى المراحل مسببا أعراضا مختلفة ومتباينة.

الزهرى الوراثى (جدول رقم٢)

تنتقل العدوى من الأم للجنين عن طريق المشيمة وكلما كانت إصابة الأم حديثة (الطورين الأول والثانى) زادت احتمالات الانتقال، ولا ينتقل الزهرى الوراثى عن طريق الأب مباشرة ولكنه ينتقل أولا الى الأم ومن ثم إلى الجنين.

ينقسم الزهرى الوراثى الى مرحلتين

- الزهرى الوراثى المبكر وتظهر أعراضه عند الولادة أو خلال الشهور الأولى من العمر وتشبه أعرضه المرحلة الثانية من الزهرى المكتسب مع بعض الاختلافات.
- الزهرى الوراثى المتأخر ويظهر أواخر الطفولة والمراهقة.

مدى تأثير إصابة الأم على الجنين

١ ـ إجهاض متكرر يحدث بعد الشهر الثالث وليس قبله حيث لا تكون المشيمة(وسيط نقل الميكروب) قد اكتمل تكوينها بعد.

٢ ـ يستمر الحمل حتى الشهر الثامن ثم يموت الجنين داخل الرحم نتيجة الإصابة الشديدة وأثرها المدمر على أجهزته الحيوية.

٣ ـ يولد الطفل فى موعده الطبيعى لتظهر عليه أعراض المرض خلال الأسابيع أو الشهور الأولى من عمره، وتشبه الأعراض تلك التى تتجلى فى الطور الثانى للزهرى المكتسب مع اختلافات طفيفة ويطلق على تلك المرحلة «الزهرى الوراثى المبكر» وإصاباته معدية للآخرين.

٤ ـ الزهرى الوراثى المتأخر: الذى تظهر أعراضه بعد سنوات وتتشابه مع أعراض الطور الثالث للزهرى المكتسب، وفى بعض الأحوال لا يسبقها مرحلة الزهرى الوراثى المبكر.

التشخيص المعملى

يفيد التشخيص المعملى فى تأكيد التشخيص الإكلينيكى خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار صعوبة التفريق بين أعراض الزهرى والعديد من الأمراض الأخرى كما يفيد أيضا فى متابعة نتائج العلاج. وعموما هناك طريقتان أساسيتان تعتمد الأولى على مشاهدة الميكروب اللولبى ميكروسكوبيا والثانية على إثبات ظهور الأجسام المضادة للميكروب فى مصل الدم.

مشاهدة لولب الزهرى ميكروسكوبيا: وفيها تؤخذ عينة من السائل الناز من الإصابة وتفحص مباشرة بدون صبغات خلافا للمتبع فى باقى

الفحوص الباكتيريولوجية مستخدمين تقنية ميكروسكوبية خاصة تسمى «الخلفية السوداء» حيث يبدو ميكروبا قليل السمك لولبيا يتحرك بتؤدة. تعتبر تلك الطريقة الركيزة الأساسية لتشخيص الطور الأول حين تكون الأجسام المضادة لم تتكون بعد ويكون الاختبار المصلى لا يزال سلبيا. لا يمكن الاعتماد على تلك الطريقة فى الطور المتأخر لندرة وجود الميكروب.

الاختبارات المصلية وهى من نوعين يكملان بعضهما البعض ويجب إجراء كليهما حتى يمكن تأويل النتائج تأويلا صحيحا. فى المرحلة الأولى تكون النتائج إيجابية فى نسبة قليلة من المرضى فى البداية، ترتفع كلما زادت مدة المرض لتصل الى ١٠٠٪ من الحالات مع بداية المرحلة الثانية من المرض وبالتالى لا يُعتمد عليها فى المراحل الأولية. ويمكن تعيين تركيز الأجسام المضادة فى المصل (تحليل كمى) ويحتاج إليها الطبيب لمتابعة أثر العلاج، فلو انخفض التركيز باضطراد دل ذلك على النجاح أما لو استمر ثابتا أو زاد أشار ذلك لضرورة إعادة العلاج.

العـــلاج

كان اكتشاف البنسلين فى أربعينيات القرن العشرين نقطة فاصلة فى تاريخ مرض الزهرى نعرض فيما يلى نتائجه:

١ـ توقف استعمال مركبات الزرنيخ ومركبات البزموت فى العلاج وكانت تستغرق شهورا طويلة وتسبب آثارا جانبية كثيرة وخطيرة ولكنهما كانا الوسيلة الوحيدة المتاحة وقد اعتبر اكتشافهما فى أوائل القرن العشرين حدثا عظيما فى ذلك الوقت.

٢ ـ سرعة الاستجابة ففى غضون ساعات يختفى الميكروب من الإصابات السطحية وبالتالى ينتفى خطر المريض كمصدر للعدوى.

٣ ـ باستخدام البنسلين فى علاج أمراض أخرى كثيرة تم القضاء على المرض فى كم هائل من البشر ممن كانوا فى فترة الحضانة ومرحلة الكمون ونتج عن ذلك انخفاض ملحوظ فى عدد الحالات على مستوى العالم.

وتتراوح الجرعة الكلية للبنسلين بين ٤,٨ إلى ٩ ملايين وحدة (٤ إلى ٨ حقن كل منها ١,٢ مليون وحدة) حسب مرحلة المرض. وفى الأشخاص المصابين بحساسية ضد البنسلين تستعمل مضادات التتراسيكلين والإرثروماسين عوضا عنه.

المتابعة والمشورة

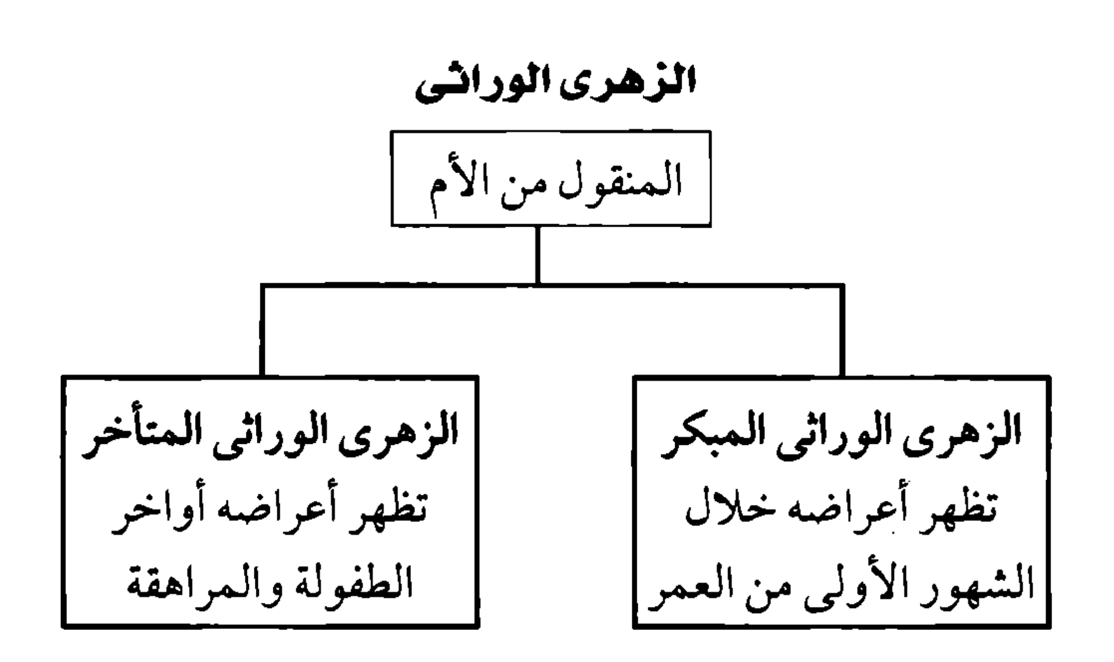
وفيها يتم متابعة التحاليل المصلية الكمية لمتابعة مدى نجاح العلاج وما إذا كان المريض لا يزال فى حاجة الى إعادة العلاج.

الجداول

مراحل الزهرى المكتسب

• العدوى: الميكروب يدخل الجسم
• مدة الحضانة: ٣ - ٤ أسابيع
• الطور الأول: القرحة الأولية
• الطور الثاني: الأعراض المنتشرة
• مرحلة المرض الكامن: مدته سنتان
• الطور الثالث: أربعة احتمالات

- إصابات الجهاز العصبى والدورى ٢٥٪
- الجاما القرحة الصمغية ٢٥٪
- يستمر المرض الكامن ٢٥٪
- شفاء بدون علاج ٢٥٪



القرحة الرخوة

مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسى تسببه بكتيريا عصوية تسمى باسيل دوكرى نسبة الى مكتشف سبب المرض عام ١٨٤٠ العالم الإيطالى دوكرى.

الانتشـــــار

لا يحظى مرض القرحة الرخوة بالانتشار العالمى مثل نظرائه السيلان والزهرى والإيدز بل ينتشر فى مناطق بعينها ذات خصائص مشتركة هى:

- مناطق استوائية أو شبه استوائية
- نامية يغلب عليها الفقر والجهل وتدنى مستوى الرعاية الصحية
- ينتشر فيها البغاء والجنس غير المنضبط

وتشمل تلك المناطق أفريقيا السوداء وجنوب شرق آسيا ودول الكاريبى، والمرض غير موجود بمصر ولم يسبق لى شخصيا ولا للزملاء مشاهدة أى حالة خلال فترة ممارستنا الطويلة غير أنه يوجد بشكل فردى فى بعض دول الخليج وعادة ما تكون الحالة «مستوردة»

من إحدى مناطق المرض عقب رحلة سياحية أو مع أحد مواطنى تلك المناطق القادمين للعمل.

العــــدوى

تنتقل العدوى بالتلامس المباشر فقط ولابد من وجود قرح نازة لدى المصدر، وبرغم الألم المصاحب للعملية الجنسية فى تلك الأحوال لا يمتنع المرضى عن الممارسة مما يبين درجة الانفلات السلوكى والتخلف لدى كل من الناقل والمنقول إليه. لا ينتقل مرض القرحة الرخوة بالطريق غير المباشر ولا بد من حدوث الاتصال مهما أنكر المريض. ييسر وجود القرح انتقال أمراض أخرى معه مثل فيروس الإيدز والهربس التناسلى.

الأعــراض

بعد مدة حضانة تبلغ ٣ الى ١٠ أيام تتجلى الأعراض فى صورة بقعة حمراء ملتهبة سرعان ما تتحول الى بثرة تنفجر مخلفة قرحة مؤلمة رخوة (طرية) لدى جسها وعادة تتكون إصابات عديدة. يصاحب ظهور القرح تضخما (تورم) العقد اللمفية الموجودة أعلى الفخذ عند اتصاله بالبطن مع الشعور بألم فى المنطقة وقد تتحول إلى خراج ينفجر تاركا قرحا أخرى.

التشخيص التفريقى

تتشابه القرحة الرخوة مع بعض الأمراض الأخرى سواء كانت من الأمراض المنقولة جنسيا أو من غيرها والتى تتميز بتكوين قرح تناسلية (راجع جدول رقم ١)

العــلاج

تستجيب القرحة الرخوة لبعض المضادات مثل السيبروفلوكساسين والأزيروماسين بسرعة ولا تحتاج سوى جرعات قليلة وفترة علاج قصيرة.

التشخيص التفريقى للقرح التى تصيب المنطقة التناسلية (صور من ١٢-١٥)

المـرض	الأعراض	الأعراض المصاحبة
قرحة الزهرى الأولى	مفردة/ غير مؤلمة/ جامدة الحواف والقاعدة/ منتظمة الشكل/ تنز مصلا بكمية قليلة	تضخم العقد اللمفوية فى الناحيتين/ قد تصاحبها أعراض الطور الثانى/ مشاهدة الميكروب معمليا
القرحة الرخوة	متعددة/ مؤلمة/ قاعدتها طرية رخوة/ تنز صديدا	تضخم العقد اللمفوية فى ناحية واحدة
الهربس التناسلى	مجموعة حوصلات صغيرة تترك سلخا متعرج الحافة/ ألم بسيط/ تلتئم فى أسبوع/ تتكرر على فترات	تضخم العقد اللمفية نادر
عقيدات الجرب	مفردة أو متعددة/ السطح غير متقرح بل مسلخ	أعـراض الجـرب موجودة فى مناطق أخرى
مرض بهجت	متعددة/ صغيرة/ متكررة/ تلتـئم فى أسبوعين	قرح بالفم واللسان أعراض بالعين والمفاصل والجهاز العصبى
الطفح الدوائى الثابت	تعقب تناول بعض الأدوية(سلفا أدوية البرد...)/ تتكرر فى نفس الموضع/ مؤلمة	إصابات بالفم

الحبيبوم اللمفى الأربى

Lymphogranuloma Venereum (LGV)

معذرة لاستعمال الاسم الغامض الغريب الذى جاء فى المعجم الطبى الموحد المعتمد حاليا من كل المنظمات المعنية بتعريب الطب ويشفع لهذا أن الاسم اللاتينى لا يقل غرابة على آذان السامعين؛ ولذا سوف نستعمل المختصر اللاتينى (LGV) خلال ذلك العرض.

المرض نادر ينتشر فى مناطق العالم الاستوائية وشبه الاستوائية فى توزيع جغرافى مماثل لتوزيع القرحة الرخوة وينتقل أيضا عن طريق الاتصال الجنسى.

الميكروب المسبب

نوع من أنواع الكلاميديا (سبق ذكرها فى الحديث عن السيلان غير السيلانى) يطلق عليه (L 1-3) يهاجم الأوعية اللمفية والعقد اللمفية والأنسجة المحيطة بكليهما محدثة التهابات وأوراما تتحول لخراجات وتنفجر مخلفة نواسير (جمع ناسور) ويستمر المرض شهورا إن لم يعالج.

الأعراض

يمكن تقسيم الأعراض لثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: وتظهر على الأعضاء التناسلية الخارجية فى موضع دخول المسبب على صورة حبة أو فقاعة أو بثرة صغيرة تلتئم سريعا ولا تترك أثرها مكان الإصابة. يمكن ملاحظة الطور الأول فى ٥٠٪ فقط من الحالات.

المرحلة الثانية: تصيب الأوعية والعقد اللمفية فى المنطقة الأربية حيث تبدأ بعد أسبوعين الى أربعة أسابيع من المرحلة الأولى. تتورم المنطقة الأربية على إحدى الجهتين وتأخذ اللون الأحمر وقد يصحبها ارتفاع فى درجة الحرارة ثم تتطور الصورة ويصير الورم طريا بعد أن كان جامدا ليتحول لخراج يفتح بعدة نواسير ليفرغ محتوياته الصديدية.

المرحلة الثالثة: تظهر بعد شهور عديدة مسببة ورما حول الشرج والعجان وقد يمتد الى أنسجة الحوض والقولون ويأخذ مسار المرحلة الثانية مكونا نواسير شرجية.

العـــلاج

يستجيب المرض (LGV) للعلاج بالمضاد الحيوى دوكسى سيكلين (Doxycycline) لمدة أسبوعين.

الفصل الخامس

الأمراض الطفيلية

١ - الجـــرب

مرض جلدى معدٍ يسببه طفيل الجرب البشرى(Sarcoptes scabiei, var. hominis)وينتقل بالاقتراب اللصيق. تمثل العلاقة الجنسية إحدى الوسائل الأساسية لنقل المرض لما توفره من اقتراب لفترة كافية. وُجِد أن انتشار الجرب بين المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا أعلى مقارنة بالجمهور لذا ضُم إلى تلك المجموعة من الأمراض.

الطفيل المسبب (شكل رقم١)

حشرة دقيقة الحجم لا يمكن رؤيتها بالعين المجردة إذ يبلغ طولها ٣, ٠ مم لها أربعة أزواج من الأرجل المفصلية تمكنها من الحركة بسهولة على سطح الجلد وبسرعة نسبية تبلغ ٥ , ٢ سم / الدقيقة. تعيش الأنثى داخل خندق تقوم بحفره داخل طبقة الجلد القرنية وتضع فيه بيضها الذى يفقس عذارى تتطور لتصل لمرحلة الحشرة البالغة التى تقابل ذكر

الحشرة على سطح الجلد ويتم التزاوج ثم تقوم ببناء عش الزوجية فى صورة خندق جديد ومن ثم تتكرر دورة الحياة بنفس الطريقة.

العدوى

تتم العدوى بانتقال أنثى الحشرة من المصاب للسليم ويتطلب ذلك الاقتراب لفترة تكفى تحرك الحشرة من المصاب للسليم فلا تكفى المصافحة مثلا لنقل العدوى. ينتشر الجرب بصورة كبيرة فى الظروف التى تكرس التكدس والزحام مثل مجتمعات العشوائيات والسجون ومعسكرات اللاجئين. توفر العلاقة الجنسية شروطا مثالية لانتقال العدوى، لذا شاع الجرب بين المصابين بالأمراض المنقولة جنسيا. المعروف بين الجمهور أن الجرب مرض يرتبط بإهمال النظافة الشخصية (حتى إن البعض يستخدم كلمة جربان فى السباب)، وقد أثبتت الدراسات الوبائية خطأ الفكرة فالمرض ينتشر طالما توافرت له شروط الانتقال بغض النظر عن النظافة، وقال أحد الظرفاء إن الجرب مرض ديموقراطى لا يفرق بين شخص وآخر أيا كان مستواه الثقافى أو الاجتماعى. يمكن انتقال المرض عن طريق الملابس والملايات وأغطية السرير، ومن المعروف أن طفيل الجرب يستطيع أن يبقى حيا لمدة ثلاثة أيام بعيدا عن الجسم وتستغل تلك الملاحظة فى تطهير الملابس التى لا تتحمل الغسيل فى درجات الحرارة العالية بتركها دون استعمال لمدة أربعة أيام.

الأعراض

يستغرق ظهور الأعراض ما بين أسبوعين إلى ثلاثة تبدأ بحكة جلدية تزداد شدة ليلا خاصة عند دخول السرير وعقب الاستيقاظ مباشرة.

تتوضع الإصابات فى الأماكن الناعمة من الجلد مثل الرسغ والمنطقة الأُنسية من الذراع والإبط والبطن والأعضاء التناسلية والإليتين والفخذ، ولا يصيب الجرب الوجه وراحة اليدين وأخْمَص القدمين (ما عدا فى الأطفال الرضع) . يختلف شكل الإصابات ما بين حبيبات حمراء صغيرة وفقاعات ويمكن للخبير رؤية خندق الطفيل ويبلغ طوله ١ ـ ٢ مم، مع خدوش من أثر الحكة الشديدة. فى كثير من الأحيان تنتشر العدوى لبَاقى أعضاء الأسرة والمخالطين عقب ظهورها لدى المصاب بفترة وجيزة. رغم تواجد طفيل الجرب خارج الجسم فإن إفرازاته تثير جهاز المناعة الذى يستجيب ويتحسس الجسم للإفرازات مسببا الحكة التى هى من أهم أعراض المرض، تستغرق عملية التحسس أسبوعين ويفسر ذلك تأخرها تلك المدة بينما تظهر الحكة خلال يومين لو سبق للمريض الإصابة.

بمرور الوقت تظهر عقيدات (حبوب أكبر وأكثر عمقا مقارنة بالحبوب) مسببة حكة شديدة تسمى «عقيدات الجرب»، تتوضع على الأعضاء التناسلية خاصة وقد تظهر فى أى مكان آخر. قد تتشابه عقيدات الجرب مع القرحة الأولية لمرض الزَهرى ويمكن للخبير تفرقتهما لاختلاف الأعـراض المصاحبة لكل منهما. لا تستجيب عقيدات الجرب للعلاج بمضادات طفيل الجرب وقد تحتاج للحقن الموْضعى بالكورتيزون.

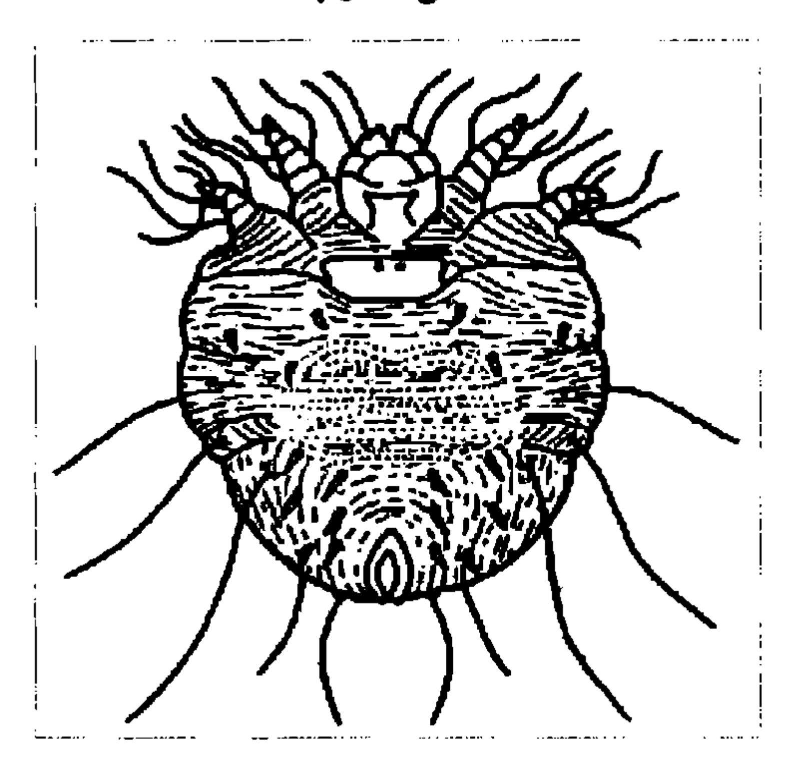
تختلف الصورة الإكلينيكية للجرب فى حالات العوز المناعى حيث تتميز بالانتشار على كل سطح الجلد مسببةً قشورا كثيرة واحمرار سطح الجلد وهو ما يُطلق عليه التهاب جلدى قشرى (Erythroderma).

العـــــلاج

يستجيب الجرب بسرعة للعلاجات الموضعية مثل مرهم الكبريت ٥٪ أو مستحلب بنزوات البنزويل (Benzyl benzoate) أو كريم البرمثرين (Permethrin) ويستغرق من يومين إلى ثلاثة كما يمكن علاجه بجرعة واحدة من أقراص أيفرمكتين (Ivermectin) تكرر مرة ثانية بعد أسبوع. ولضمان نجاح العلاج يراعى تعقيم الملابس المستعملة قبل بدء العلاج بوضعها فى كيس مغلق لمدة أربعة أيام حتى لا يتلفها الغسيل بالماء الساخن ويمكن غلى ملاءات السرير وتوضع الأغطية (اللحاف والبطانية) فى الشمس، ويراعى أن يتم علاج جميع أفراد الأسرة فى نفس الوقت سواء ظهرت عليهم الأعراض أو لم تظهر.

شكل رقم (١)

طفيل الجرب



٢ ـ قمـــل العـــانة

أحد أنواع ثلاثة للقمل (قمل الجسم، قمل الرأس، قمل العانة) يعيش فى الأماكن المشعرة من الجلد (باستثناء الرأس) خاصة منطقة العانة.

المســـبب

يختلف شكل قمل العانة (Pthirus Pubis or Crab Iouse) عن بقية أنواع القمل فجسمها أقصر وأعرض ولأرجلها كلاّبات، يذكر شكلها بسرطان البحر (الكابوريا)، ويبلغ طول الحشرة البالغة ١ مم. تلتصق الحشرة بسطح الجلد حيث تثبت نفسها بواسطة كلاّبات الأرجل لشعرة على جهة بينما تثبت نفسها بنفس الطريقة على الجهة الأخرى وتدفن فمها فى أحد مسام الجلد لامتصاص الغذاء، وقد تظل فى نفس المكان لفترات زمنية طويلة. تضع الأنثى البيض (الصئبان وينطقه العامة سبان) وتثبته جيدا فى شعرة حتى يفقس وتخرج منه العذراء التى تتطور حتى تصل لمرحلة الحشرة البالغة فتعيد دورة الحياة. يعتمد قمل العانة على وجود الشعر لخلق بيئة صالحة لمعيشتها ولا تفضل مناطق الشعر الكثيف.

العدوى

يعتبر الاتصال الجنسى الوسيلة الرئيسية لنقل العدوى كما يمكن انتقالها بطريق غير مباشر من خلال الملابس وأغطية الفراش حيث تستطيع قملة العانة الحياة لمدة يومين بعيدا عن الجسم.

الأعراض

العانة أكثر المناطق إصابة ولا تقتصر الإصابة عليها فتصيب أيضا شعر الإبط والجسم والذقن والشارب والرموش.

يشكو المريض من حكة شديدة بالعانة والمناطق الأخرى المصابة ويلاحظ وجود بقع صغيرة بنية اللون على الملابس الداخلية مصدرها براز الحشرة وعادة لا يلاحظ المريض الحشرة التى تكون ملتصقة بالجلد وتبدو وكأنها حبة سوداء صغيرة، ويمكن للعين الخبيرة معرفة التشخيص بمشاهدة تلك الحبوب أو البيض (الصئبان) الملتصق بالشعر.

العــــلاج

إزالة الشعر المصاب يحرم الحشرة من البيئة المناسبة ويزيل الصئبان فيمنع تكوين أجيال جديدة.

تستجيب معظم الحالات للعلاج الموضعى حيث يدهن كل الجلد بأحد المستحضرات القاتلة للحشرة مثل كريم البرمثرين (Permethrin) أو مستحلب بنزوات البنزويل (Benzyl benzoate) يعقبه حمام بعد ١٢ ساعة ويراعى تكرار العلاج بعد أسبوع. لا يجوز استعمال العلاج الموضعى عند إصابة شعر الوجه بصفة عامة خاصة الرموش وتستعمل أقراص أيفرمكتين (Ivermectin) فى هذه الحالة.

المراجع

- Sexually Transmitted Diseases: Holmes, K.K. et al. (editors) 1999, New York, McGraw Hill.
- Tuskegee Study ibid page 476.
- The unified medical dictionary, Khayat MH (editor) 3ed edition, 1983.
- Dermatology: Bolognia, J.L., Jorizzo,J.L., Rapini,D.P. et al. 2003, London, Mosby
- A Colour Atlas Of Dermatology, An Illustrated Course In Dermatology For Medical Students And Practitioners.
  Abdel Rahim Abdallah and Assem Farag. Second edition 1994, Cairo, University Book Center.
- A coloour Atlas of AIDS and HIV disease: Farthing C.F. et al. Second edition, 1988 London, Wolfe Medical Publications Ltd
- Rook/ Wilkinson/ Ebling Text Book of Dermatology Champion, R.H. et al (editors) Sixth edition, 1998 London, Blackwell Science.
- Dermatologie und Venereologie: Braun Falco O., Plewig G., Wolff H.H. 4. Auflage 1995 Berlin Springer Verlag
- Encyclopaedia Britanica
- UNAIDS 2006 Report on the Global AIDS Epidemic: www.unaids.org
- Sexually Transmitted DiseasesTreatment Guidelines 2002:

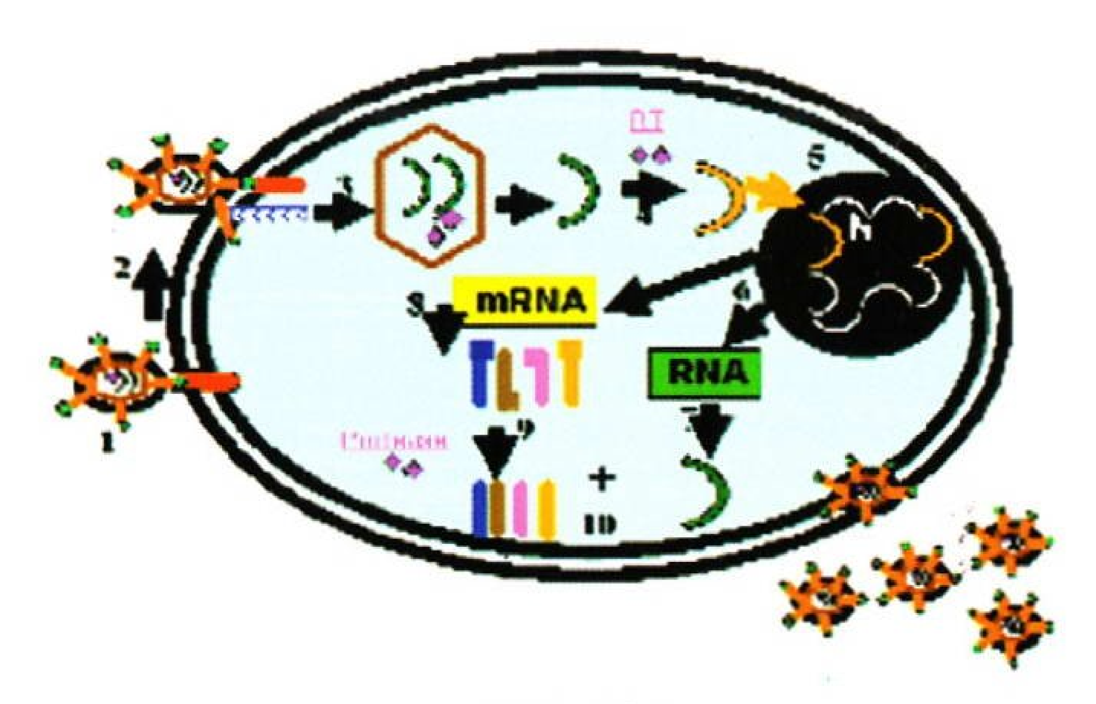
www.cdc.gov/STD/treatment/rr5106.pdf

- Viral hepatitis:

www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/index.htm

- The potential impact of male circumcision on HIV in Sub Saharan Africa: Williams BG et al.: PLoS Med. 2006 Jul;3(7):e262
- Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumul Kenya a randomised controlled trial: Baily RC et al: Lancet. 2007 Feb 24;369(9562):643 56.
- Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. Gray RH et al: Lancet. 2007 Feb 24;369(9562):657 66.

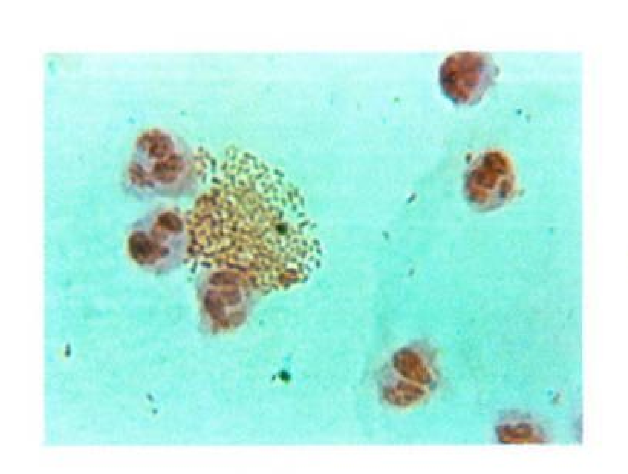
ملحق الصور



شكل رقم (٣)
دورة حياة فيروس ع م م وطريقة تكاثره



صورة رقم (١)
سيلان جونوكوكى
إفراز صديدى



صورة رقم (٢)
مسحة من الإفراز مصبوغة
بصبغة جرام تبين الجونوكوك
تحت الميكروسكوب
لاحظ تواجد الميكروب بأعداد
كبيرة داخل خلية صديدية



صورة رقم (٣)
سنط تناسلى



صورة رقم (٤)
سنط تناسلى



صورة رقم (٥)
ورم سرطانى بالشرج
نتيجة إصابة بالسنط التناسلى



صورة رقم (٦)
المليساء المعدية



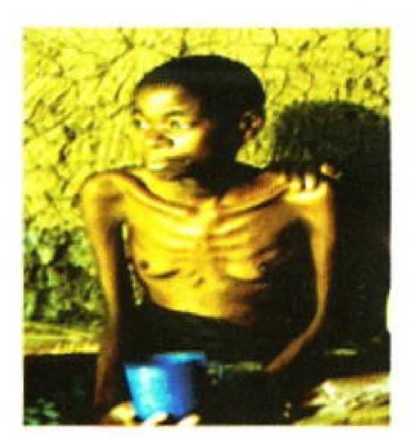
صورة رقم (٧) إيدز

إصابة الحلق بفطر كانديدا



صورة رقم (٨) إيدز

سرطان كابوسى



صورة رقم (٩) مرض الإيدز

سيدة إفريقية تعانى من هزال شديد



صورة رقم (١٠) مرض الإيدز

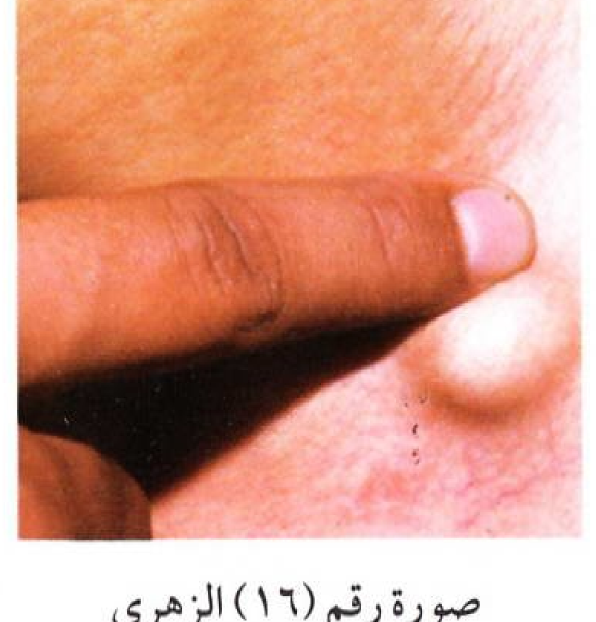
إصابة بالمليساء المعدية يبلغ حجمها عشرة أضعاف الحجم الطبيعى، قارن صورة رقم ٦


صورة رقم (١٢)
الزهرى القرحة الأولية


صورة رقم (١٣)
الهربس البسيط


صورة رقم (١٤)
القرحة الرخوة


صورة رقم (١٥)
قرحة على القضيب
نتيجة حساسية دوائية



صورة رقم (١٦) الزهرى
تضخم العقد اللمفاوية



صورة رقم (١٧) الزهرى
المرحلة الثانية كونديلوما



صورة رقم (١٨) الزهرى
المرحلة الثانية طفح جلدى



صورة رقم (١٩) الزهرى
المرحلة الثانية
طفح جلدى يشبه الصدفية

عن المؤلف

تخرج الأستاذ الدكتور عبد الرحيم عبد اللـه من كلية الطب جامعة عين شمس عام ١٩٥٩، ثم حصل منها على دكتوراه الطب عام ١٩٦٦. يعمل أستاذًا للأمراض الجلدية والتناسلية بنفس الجامعة، كما حاضر كأستاذ زائر فى العديد من الجامعات الأوروبية والعربية بخلاف مؤلفاته العلمية (كتابان، وأطلس، و٩٤ بحثًا منشورًا).

له مؤلف عن الأمراض الجلدية للجمهور صدر عن مؤسسة الأهرام.

مقتنع بأن الإنسان المثقف طبيًّا يستفيد من العلاج والوقاية إذا مرض.

له اهتمام خاص بتطوير التعليم الطبى وعضو المجلس الأعلى للثقافة بلجنة الثقافة الطبية.

خبير الأمراض التناسلية بمنظمة الصحة العالمية.

الأمراض المنقولة جنسيًا

يعرض هذا الكتاب المعلومات التى ينبغى أن يعرفها كل شاب وشابة من الناطقين والقارئين بالعربية كي يضاهى نظيره فى المجتمعات المتقدمة، ويشمل التعريف بمصطلح الأمراض الجنسية ومسبباتها وتاريخها والسلوكيات التى تدعم انتشارها وطرق الوقاية، كذا نبذة مختصرة عن الأمراض المختلفة: المسبب والأعراض والمضاعفات والعلاج والوقاية بأسلوب علمى مبسط، وهوامش تشرح بعض المصطلحات الطبية التى ترد فى المتن توخيًا لصحة الفهم من جانب القارئ.

تخرج الأستاذ الدكتور عبد الرحيم عبد الله من كلية الطب جامعة عين شمس عام ١٩٥٩، ثم حصل منها على دكتوراه الطب عام ١٩٦٦. يعمل أستاذًا للأمراض الجلدية والتناسلية بنفس الجامعة، كما حاضر كأستاذ زائر فى العديد من الجامعات الأوروبية والعربية بخلاف مؤلفاته العلمية (كتابان، وأطلس، و٩٤ بحثًا منشورًا).

مقتنع بأن الإنسان المثقف طبيًا يستفيد من العلاج والوقاية إذا مرض. له اهتمام خاص بتطوير التعليم الطبى وعضو المجلس الأعلى للثقافة بلجنة الثقافة الطبية. خبير الأمراض التناسلية بمنظمة الصحة العالمية



دار الشروق
www.shorouk.com





www.ibtesama.com